Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Atuação sobre os Determinantes Sociais da
Saúde em uma iniciativa de Campo Grande-
MS: Projeto Viva Seu Bairro**

Crhistinne Cavalheiro Maymone Gonçalves

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública para obtenção do título
de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de
Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cláudia Maria
Bógus.

São Paulo
2010

Atuação sobre os Determinantes Sociais da Saúde em uma iniciativa de Campo Grande-MS: Projeto Viva Seu Bairro

Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cláudia Maria Bógus.

São Paulo

2010

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese e todo o esforço dos quatro últimos anos a Deus, meu viver... Pois sem Ele, nada seria possível!

Meu Deus, obrigada pela graça de finalizar mais essa etapa de vida!

A São Judas Tadeu, meu patrono!

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais: Olympio e Filinha, Maria Therezinha e João Alberto (in memoriam)!

À família: **Alberto** e **Alberto Junior**, essências de minha vida, pela compreensão de tantos momentos ausentes! Meus amores eternos!

À família ampliada: Rosely, Dinho e Padu, todo o meu afeto!!!

À minha amiga Beatriz Dobashi, exemplo de profissionalismo e dedicação à saúde pública: muito obrigada por suportar minhas angústias, pelo colo, amizade e afeto!

Aos compadres: Caroline e Sérgio Murilo, Sandra (Tur) e Mauri, eternos irmãos de caminhada, obrigada pelo estímulo e apoio incondicional!

À Carolina Mitie, minha amiga, pelo apoio na pesquisa e no consultório!

Aos meus pacientes, pela perseverança...

Às minhas amigas: Alice, Beatriz Carrato, Cynthia Medeiros, Fabiana, Liane, Luciana, Mara, Márcia Tomasi, Rosângela Cereser, pelo carinho e amizade!

À Eunice e Karim e tia Nenê, obrigada por entenderem os afastamentos!

À Eliane Detoni, obrigada, minha amiga, pelo carinho em me atender!

Aos amigos Paulo e Adriana, obrigada pela amizade!

Ao Norberto, pelo apoio!

Ao pessoal da Planurb, pelo apoio! Aos entrevistados, meu agradecimento!

Aos conselheiros regionais urbanos, meu muito obrigada! Minha admiração!

À Rosilda Mendes, início de tudo... Amiga, eterna gratidão e carinho!!!

Ao Profº Roberto Castellanos, obrigada por me aceitar!!! Meu carinho e gratidão!

À Cláudia Maria Bógus, amiga, orientadora, exemplo da arte de ensinar: meu muito obrigada pela dedicação e paciência! Perdoe-me as falhas, as

angústias, os medos... Minha eterna amizade!

À Profª Marcia Westphal, obrigada pelo incentivo, oportunidade e apoio na realização do estágio com o prof. Erio Ziglio na WHO - Venice!

Ao Marco Akerman, pelo apoio, incentivo e amizade!

À Profª Fabiola Zioni, minha amiga, obrigada pela oportunidade de te conhecer!!!

À Simone Moysés, obrigada pelo carinho e apoio!

À equipe da FSP: Profª Maria Cecília Pelicioni, Profª Cleide, Livia, Eliane e Samantha...

À amiga Elisabeth Agrela: exemplo de solidariedade, obrigada pelo apoio na realização dos grupos focais.

Aos amigos do CEPEDOC: Daniele, Andréia, Grace, Neide...

Ao Juan Fernandez, Cinthia Cristo e Iracema Pumeda... Para sempre, AMIGOS!

À Taty: meu agradecimento! Meu afeto!

Às amigas companheiras: Chris Costa, Márcia, Vanessa, Evelin, Sabrina, Juliana, Natália, Ayodele e Nayara... Meu desejo de sucesso...

Ao pessoal da Sesau: Luzia Ribeiro (in memorian), Luiz Henrique Mandetta, Regina Furlanetti, Arlete, Sonia, Marilene, Sandra e Geni.

Ao eterno chefe: Antonio Lastoria! Minha amizade!

Ao pessoal da DGE/SES: Adélia Delfina, André, Cristina (CIB), Ed Carlo, Edelma, Giselle, Maria, Profº Milton. Obrigada por suportarem minha ausência!

Resumo

Introdução: O Projeto Viva Seu Bairro (PVSB) foi uma iniciativa desenvolvida em seis regiões urbanas da cidade de Campo Grande – MS, no período de 2001 a 2004, nas áreas de maior risco social, identificadas pelas equipes de agentes comunitários de saúde e saúde da família. O projeto teve como objetivo a redução das desigualdades sociais por meio de ações que atuaram sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS). **Objetivo:** A pesquisa buscou conhecer a relação entre o PVSB e os determinantes sociais da saúde, bem como identificar a presença da participação social e da intersetorialidade nas ações desenvolvidas. **Material e Métodos:** Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas individuais com gestores da administração municipal e com técnicos da Unidade Técnica Central (UTC), responsável pelo gerenciamento do projeto. Seis grupos focais foram realizados, um em cada região urbana que teve a implementação da iniciativa, com representantes dos Conselhos Regionais Urbanos (CRU). Além disto, foi feita a análise de documentos relacionados ao PVSB. Para a análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo, por meio da análise temática com a triangulação dos dados obtidos. **Resultados:** Os resultados da pesquisa apontam uma série de ações que incidiram sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, como proposto pelo modelo adotado nas recomendações do Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008). As mais descritas pelos participantes foram as que visaram assegurar saneamento básico, habitação adequada, emprego, serviços de saúde e de educação de qualidade. Verificou-se o protagonismo do setor saúde no desencadeamento da iniciativa. **Conclusões:** A participação social foi fortalecida na cidade durante e após a iniciativa. Quanto à intersetorialidade, houve a busca por parcerias e o reconhecimento, por parte dos representantes de governo, da necessidade de se implementar redes sociais, o que, no entanto, não se institucionalizou como práticas da administração municipal. A discussão sobre a sustentabilidade ocorreu de modo insuficiente e a avaliação da iniciativa começou um ano e meio após o seu início, o que comprometeu a avaliação de processo. Os participantes da pesquisa reconheceram que o PVSB interferiu na melhoria da qualidade de vida da população local. Conclui-se que o PVSB configurou-se como iniciativa do campo da promoção da saúde, atuou sobre os DSS, fortaleceu os mecanismos de participação nos CRU e buscou mecanismos de ação intersetorial.

Descritores: Determinantes sociais da saúde; Promoção da saúde; Participação social; Intersetorialidade.

Abstract

Introduction - The Project "Viva Seu Bairro" (PVSB) was an initiative developed in six urban regions of the city of Campo Grande - MS, from 2001 until 2004, in the areas of greater social risk, identified by the teams of community health and family health agents. The project had as its aim to reduce the social inequalities through actions, which acted on the Social Determinants of Health (SHD). **Objective** - The research tried to know the relation between PVSB and the Social Determinants of Health, as well as to identify the presence of the social participation and the intersectoriality in the developed actions. **Material and Methods** - It is about a research of qualitative approach. Individual interviews were performed with managers of the municipal administration and with technicians from Central Technical Unity, responsible for the project administration. Six focal groups were carried out, one in each urban region that had the initiative implementation, with representatives from the Urban Regional Councils. Moreover, an analysis of the documents related to PVSB was done. The Content Analysis was used for the analysis of the data through the thematic analysis and then the triangulation of the obtained data. **Results** - The results of the research point out a series of actions that occurred to the material and psychosocial conditions in which the people lived and worked, as proposed by the model adopted in the recommendations of the Final Report of the National Commission on Social Determinants of Health (2008). The items most described by the participants were the ones that targeted to assure basic sanitation, appropriate dwelling, employment, health and education services of quality. It was verified the prognostic of the health sector in the breaking of the initiative. **Conclusions** - The social participation was strengthened in the city during and after the initiative. In relation to the intersectoriality, there was a search for partnerships and the recognition, from the government representatives, of the necessity to implement social nets, which however, was not institutionalized as a practice in the municipal administration. The discussion about the sustainability occurred in an insufficient way and the initiative evaluation started one year and a half after its beginning, which compromised the process of evaluation. The research participants recognized that PVSB interfered in the improvement of the local population life quality. It was concluded that PVSB configured as an initiative in the field of health promotion, acted on SHD, strengthened the mechanisms of participation in the CRU and looked for mechanisms of intersectorial action.

Descriptors: Social Determinants of Health; Health Promotion; Social Participation; Intersectoriality.

ÍNDICE

	APRESENTAÇÃO	25
1	INTRODUÇÃO	27
1.1	DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	29
1.2	DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	36
1.3	PROMOÇÃO DA SAÚDE	50
1.4	O CONTEXTO – CIDADE DE CAMPO GRANDE – MATO GROSSO DO SUL	78
1.4.1	Aspectos Demográficos	88
1.4.2	Aspectos Econômicos	92
1.4.3	Aspectos Sociais	94
1.5	PROJETO VIVA SEU BAIRRO	105
2	OBJETIVOS	109
3	MATERIAL E MÉTODOS	111
3.1	SUJEITOS DA PESQUISA	112
3.2	INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS	114
3.2.1	Análise de Documentos	114
3.2.2	Entrevistas Individuais	115
3.2.3	Grupos Focais	116
3.3	CAMPO DA PESQUISA	117

3.3.1	Coleta de Documentos	117
3.3.2	Contato com o Planurb – Auxílio na Identificação dos Conselheiros	126
3.3.3	Contato com os Seleccionados	127
3.3.4	Realização das Entrevistas	127
3.3.5	Realização dos Grupos Focais	128
3.4	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE	133
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	138
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	141
4.1	CONTEXTO ANALÍTICO DO PVSB	141
4.2	A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E A INTERSETORIALIDADE NA INICIATIVA PVSB	169
4.2.1	Participação Social	170
4.2.2	Intersetorialidade	186
4.3	ENFOQUE DOS DSS NO PVSB	192
5	CONCLUSÕES	199
6	REFERÊNCIAS	205
	APÊNDICES	223
	APÊNDICE A – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido	223
	APÊNDICE B – Instrumentos de Coleta de Dados	227

APÊNDICE C – Sistematização dos Resultados	233
ANEXOS	239
ANEXO A – Autorizações para realização da pesquisa	239
ANEXO B – Quadro com os principais problemas da cidade	241
ANEXO C – Resultados do PVSB	243
INFORMAÇÕES CURRICULARES	262
Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves	262
Cláudia Maria Bógus	263

Lista de Figuras

Figura 1	Modelo de Diderichsen, Evans e Whitehead.	40
Figura 2	Modelo de determinação social proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).	42
Figura 3	Alteração esquemática proposta pela CNDSS sobre o modelo de Dahlgren e Whitehead.	44
Figura 4	Concentrações populacionais por região urbana – população residente no ano 2000 em Campo Grande-MS.	86
Figura 5	População residente, por sexo e situação de domicílio – 1980 a 2007.	89
Figura 6	Pirâmide populacional para Campo Grande	90
Figura 7	Evolução do crescimento populacional e taxa de crescimento geométrico em Campo Grande de 1960 a 2007.	90
Figura 8	Evolução populacional por faixa etária em Campo Grande de 1960 a 2007.	91
Figura 9	Número de estabelecimentos comerciais varejistas por ramo de atividade, em Campo Grande-MS, comparativo 1998-2007.	93
Figura 10	Evolução da mortalidade geral, por mil habitantes, e infantil, por mil nascidos vivos, em Campo Grande-MS, de 1997 a 2007.	95

Figura 11	Evolução da taxa de mortalidade materna em Campo Grande-MS, de 1997-2007.	97
Figura 12	Evolução da natalidade por mil nascidos vivos em Campo Grande-MS, de 1997 a 2007.	99
Figura 13	Recursos próprios municipais aplicados à saúde, em Campo Grande-MS, entre 1997 e 2007.	100
Figura 14	Desenho esquemático da linha do tempo da intervenção realizada e os marcos relacionados aos sujeitos da pesquisa, em Campo Grande, 2009.	113
Figura 15	Esquematização das categorias emanadas nos depoimentos, de acordo com as dimensões do PVSB e respectivas ideias-chave. Campo Grande, 2009.	136
Figura 16	Distribuição das áreas de risco, segundo o grau de criticidade de acordo com os itens analisados – moradia, abastecimento de água, coleta de lixo e instalações sanitárias –, e a área de abrangência das UBS, em Campo Grande, 2002.	144
Figura 17	Áreas de intervenção do PVSB, em Campo Grande, 2006.	151

Lista de Gráficos

Gráfico 1	Percentual de participação de conselheiros titulares, quanto ao segmento na região de Anhanduizinho, em Campo Grande, no período de 1998 a 2006	120
Gráfico 2	Percentual de participação de conselheiros titulares, quanto ao segmento na região Imbirussu, em Campo Grande, no período de 1998 a 2006.	120
Gráfico 3	Percentual de participação de conselheiros titulares, quanto ao segmento na região Segredo, em Campo Grande, no período de 1998 a 2006.	121
Gráfico 4	Percentual de participação de conselheiros titulares, quanto ao segmento na região Lagoa, em Campo Grande, no período de 1998 a 2006.	121
Gráfico 5	Percentual de participação de conselheiros titulares, quanto ao segmento na região Prosa, em Campo Grande, no período de 1998 a 2006.	122
Gráfico 6	Percentual de participação de conselheiros titulares, quanto ao segmento na região Bandeira, em Campo Grande, no período de 1998 a 2006.	122
Gráfico 7	Perfil dos participantes dos grupos focais, quanto à idade, em Campo Grande, 2009.	129
Gráfico 8	Perfil dos participantes dos grupos focais, quanto à profissão, em Campo Grande, 2009.	130
Gráfico 9	Perfil dos participantes dos grupos focais, quanto à escolaridade, em Campo Grande, 2009.	130

Gráfico 10	Perfil dos participantes dos grupos focais, quanto à escolaridade, em Campo Grande, 2009.	131
Gráfico 11	Perfil dos participantes dos grupos focais, quanto ao tempo de atuação como conselheiro, em Campo Grande, 2009.	132
Gráfico 12	Perfil dos participantes dos grupos focais, quanto ao segmento, em Campo Grande, 2009.	132

Lista de Quadros

Quadro 1	Aspectos dinamizadores da sustentabilidade em promoção da saúde.	76
Quadro 2	Número de matrículas iniciais por modalidade de ensino e dependência administrativa, de Campo Grande-MS em 2007.	102
Quadro 3	Tipologia utilizada e letra correspondente ao discurso, de acordo com o instrumento utilizado, em Campo Grande, 2009.	135
Quadro 4	Componentes, subcomponentes e respectivas ações previstas para o PVSB, em Campo Grande, 2004.	154
Quadro 5	Principais problemas da cidade no início da intervenção, descritos por região urbana/área de risco. Campo Grande, 2004	241
Quadro 6	Sistematização do PVSB na região urbana Anhanduizinho; área: Centro-Oeste. Campo Grande, 2009.	243
Quadro 7	Sistematização do PVSB na região urbana Bandeira; área: Itamaracá. Campo Grande, 2009.	247
Quadro 8	Sistematização do PVSB na região urbana Imbirussu; área: Popular. Campo Grande, 2009.	250
Quadro 9	Sistematização do PVSB na região urbana Lagoa; área: São Conrado. Campo Grande, 2009	253
Quadro 10	Sistematização do PVSB na região urbana Prosa; área: Veraneio. Campo Grande, 2009	256
Quadro 11	Sistematização do PVSB na região urbana Segredo; área: Nova Lima. Campo Grande, 2009	260

Lista de Tabelas

Tabela 1	Relação inicial de conselheiros titulares em seis regiões urbanas, por segmento, no período de 1998 a 2006.	119
Tabela 2	Percentual de conselheiros titulares na região urbana de Prosa por segmento e representação e o número absoluto para a escolha de participação nos grupos focais, em Campo Grande, 2009.	123
Tabela 3	Percentual de conselheiros titulares total por segmento e de representação para o estabelecimento de critérios na região urbana de Anhanduizinho em relação ao total de conselheiros titulares, em Campo Grande, 2009.	124
Tabela 4	Percentual de conselheiros titulares total por segmento e de representação para o estabelecimento de critérios na região urbana de Segredo em relação ao total de conselheiros titulares, em Campo Grande, 2009.	124
Tabela 5	Percentual de conselheiros titulares total por segmento e de representação para o estabelecimento de critérios na região urbana de Lagoa em relação ao total de conselheiros titulares, em Campo Grande, 2009.	124
Tabela 6	Percentual de conselheiros titulares total por segmento e de representação para o estabelecimento de critérios na região urbana de Imbirussu em relação ao total de conselheiros titulares, em Campo Grande, 2009.	125
Tabela 7	Percentual de conselheiros titulares total por segmento e de representação para o estabelecimento de critérios na região urbana de Bandeira em relação ao total de conselheiros titulares, em Campo Grande, 2009.	125

Tabela 8 Região urbana, área, população beneficiada, em Campo Grande, 2001. 150

Lista de Siglas

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AGETTRAN	Agência Municipal de Transporte e Trânsito
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALAMES	Associação Latino-Americana de Medicina Social
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CDSS	Comissão de Determinantes Sociais em Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEINF	Centros de Educação Infantil
CEMA	Centro Educativo de Múltiplas Atividades
CMDR	Conselho Municipal de Desenvolvimento Rural
CMDU	Conselho Municipal de Desenvolvimento Urbano
CMU	Centros de Múltiplo Uso
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRU	Conselhos Regionais Urbanos
DOH	Department of Health
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EMHA	Empresa Municipal de Habitação

ESF	Estratégia Saúde da Família
ETE	Estação de Tratamento de Esgoto
FAC	Fundação de Apoio a Comunidade
FSP	Faculdade de Saúde Pública
FUNCESP	Fundação Municipal de Cultura, Esporte e Lazer
FUNSAT	Fundação Social do Trabalho
IBAM	Instituto Brasileiro de Administração Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PLANURB	Instituto Municipal de Planejamento Urbano e Meio-Ambiente
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMI	Projetos Multissetoriais Integrados
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPS	Políticas Públicas Saudáveis
PRODES	Programa de Incentivos para o Desenvolvimento Econômico e Social
PSF	Programa Saúde da Família

PVSB	Projeto Viva seu Bairro
RIPSA	Rede Interagencial de Informação para Saúde
SAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SEBRAE	Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SEDEC	Secretaria de Desenvolvimento Econômico e do Departamento Agropecuário
SEMED	Secretaria Municipal de Educação
SEMUR	Secretaria Municipal de Controle Urbanístico
SEPLANFI	Secretaria Municipal de Planejamento e Finanças
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde Pública
SESOP	Secretaria Municipal de Serviços e Obras Públicas
SMP	Sistema Municipal de Planejamento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UCAF	União Campo-grandense das Associações de Moradores em Favelas e Assentamentos
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UMAM	União Municipal das Associações de Moradores
USP	Universidade de São Paulo
UTC	Unidade Técnica Central

APRESENTAÇÃO

Ser funcionária pública municipal durante vinte anos, participando de projetos voltados para a promoção da saúde da população do município de Campo Grande-MS, suscitou indagações e reflexões acerca dos mecanismos que se estabelecem no seio de iniciativas desenvolvidas no âmbito local. Insere-se aí a justificativa pela opção em cursar o Mestrado em Desenvolvimento Local e, posteriormente, avançar nos estudos, e cursar o Doutorado em Saúde Pública, na área de Serviços de Saúde Pública.

E por que escolher o PVSB? Embora não tenha participado da iniciativa, uma inquietude presente foi o fato de que, sob a ótica daqueles que participaram, a mesma parecia apresentar elementos que possibilitavam inferir sua relação com os determinantes sociais da saúde, e o respeito aos princípios da promoção da saúde: participação social e intersetorialidade. Em 2005, como resposta ao convite de um grupo de amigos que participou da iniciativa, fui co-autora de um artigo sobre o mesmo. A minha inserção ao grupo deveu-se aos estudos relacionados com o desenvolvimento local e à proximidade com a temática da promoção da saúde.

Já se delimitava então, o interesse pelo tema da determinação social da saúde, pelo campo de conhecimento da promoção da saúde e mais além, por iniciativas que atuassem de forma a promover melhorias na qualidade da população. Assim, o PVSB - iniciado em 2001 e encerrado em 2004, foi escolhido como objeto desta pesquisa pela possibilidade de conhecer uma iniciativa realizada no âmbito local, com os temas dos quais me aproximei. Portanto, nesta tese busquei compreender o tema da determinação social da saúde que contribuiu para os campos da promoção da saúde e dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

Essa opção alicerçou-se ainda no pressuposto de que o maior desafio para o desenvolvimento de iniciativas locais que promovem saúde advém da integração das agendas das diversas políticas públicas, no intuito de vencer

obstáculos internos e externos à administração, que vão desde a preservação de espaços políticos até a participação da sociedade na operacionalização de ações capazes de se completarem mutuamente e resultarem em melhoria da qualidade de vida das pessoas nos seus territórios.

Esta tese foi organizada em cinco capítulos. O primeiro capítulo destina-se à introdução e apresentação da temática da determinação social da saúde, à contextualização do debate sobre os DSS e a promoção da saúde, bem como a apresentação do *locus* do estudo: o PVSB, na cidade de Campo Grande-MS. O segundo capítulo descreve os objetivos; a metodologia escolhida e os passos metodológicos percorridos estão registrados no terceiro capítulo. No quarto capítulo estão os resultados e sua discussão com o referencial teórico utilizado. Seguem-se a este as conclusões.

1 INTRODUÇÃO

Embora a determinação social da saúde venha sendo, de forma mais expressiva, objeto de estudo do campo da saúde coletiva nos últimos anos, ela não é uma discussão recente. No entanto, a intensificação dessa discussão ocorreu a partir dos anos de 1970, em debates sobre a promoção da saúde e os Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

O debate sobre os DSS – entendidos como as características socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, que influenciam as condições de vida e trabalho de todos os seus integrantes (BRASIL, 2006b) – revigorou-se a partir de 2004, com a proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) de instituir uma Comissão, que recomendasse aos países políticas públicas internas e externas ao setor saúde, com a finalidade de promover a diminuição das iniquidades geradas pelos DSS.

Assim, em março de 2005, no Chile, a OMS instituiu a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDSS), integrada por dezessete renomadas personalidades do mundo, oriundas dos mais diversos campos de atuação, com um mandato de três anos, com o objetivo de dar suporte aos países no combate às iniquidades em saúde, por meio de políticas públicas e do fortalecimento de práticas (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2006).

A Comissão foi composta com a missão de estabelecer ligação entre conhecimento e ação na tentativa de formar uma base científica e mobilizar setores de instâncias diversas na formulação de políticas que visassem à redução das iniquidades em saúde. Almejava pautar nas agendas políticas a importância das relações sociais e os fatores que influenciam a saúde e os sistemas de saúde. Para essa transformação, acreditava na sua capacidade de exercer liderança e de mobilizar o interesse público, a partir da presença de membros de destacadas instituições internas e externas ao setor saúde

(MARMOT, 2005; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

No âmbito das Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em julho de 2005, convocou os seus países membros a definirem uma agenda que buscasse o enfrentamento dos DSS na região. O Brasil, em 13 de março de 2006, criou a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), como resposta a esse chamado (BRASIL, 2006a). A comissão foi composta de personalidades destacadas da sociedade e apresentou cinco linhas de ação: Produção e disseminação de conhecimentos e informações; Políticas e Programas; Mobilização da Sociedade Civil; Comunicação e Cooperação Internacional. Contou com o apoio de um Grupo de Trabalho Intersetorial, com diversos representantes de governo e de instâncias políticas, sociais e econômicas, que objetivava promover ações intersetoriais, voltadas para a participação e inclusão social da população brasileira que ainda sofre com condições sociais que promovem as iniquidades em saúde (COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2006; BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2006).

Ambas as Comissões entregaram seus relatórios finais no ano de 2008 e, a partir de então, muitos críticos (ARELLANO et. al, 2008; CEBES, 2009a, 2009b; NAVARRO, 2009) dizem que esse foi um exercício acadêmico sem bases na realidade concreta, com uma interpretação reducionista da determinação social da saúde, pautada excessivamente nas evidências epidemiológicas e frágil do ponto de vista analítico, no que diz respeito aos contextos econômicos, sociais ou políticos.

Nós valorizamos este esforço da OMS, em especial pela revigoração do debate sobre os DSS no âmbito internacional, mas compartilhamos a análise de que muito do dito precisa ser traduzido em experiências concretas e vivenciadas no âmbito local. Em função disso, esta tese busca conhecer a relação entre uma iniciativa que efetivamente ocorreu e os DSS.

Outra agenda da OMS, o campo da promoção da saúde, também se

fortaleceu na década de 1970, com a publicação do Relatório Lalonde, que ensaiava uma aproximação ao social na explicação da determinação do processo saúde-doença. O campo da promoção da saúde foi se estruturando e propugna a ação sobre os DSS como uma de suas diretrizes fundamentais, o que implica a ação intersetorial e a participação social como princípios para sua prática. A promoção da saúde tem influenciado a proposição de inúmeras iniciativas em vários países, e, também, no Brasil, que almejam a melhoria da qualidade de vida, apoiadas no referencial da determinação social do processo saúde-doença.

1.1 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O mercantilismo possibilitou grande acúmulo de conhecimentos e riquezas, o que desencadeou avanços no campo da energia e da produção, conformando um processo histórico de transformação econômica e social, denominado de Revolução Industrial. No século XVIII e início do século XIX, a base da riqueza deslocou-se do comércio para a indústria e provocou mudanças na estrutura política e social. A industrialização provocou problemas sociais, sanitários e ambientais que desencadearam “movimentos de resistência contra a nova ordem industrial”, na perspectiva das classes populares (ZIONI, 2005, p.47).

As classes trabalhadoras se organizaram, aumentaram sua participação política e incorporaram temas relativos à saúde no bojo de suas reivindicações (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998). Então, no século XIX, buscou-se compreender o processo saúde-doença relacionando-o às condições de vida e trabalho, em decorrência do processo de urbanização ocorrido nos países da Europa e dos efeitos da Revolução Industrial nas condições de vida e saúde das populações.

Na Inglaterra, França e Alemanha, entre 1830 e 1880, surge a Medicina Social, com o entendimento da crise sanitária como um processo político e social. Assim, a participação política e a social passaram a ser vistas como estratégias para a transformação da realidade de saúde (PAIM e ALMEIDA-FILHO, 1998). Esses autores destacam outro movimento iniciado paralelamente a este, principalmente na Inglaterra e nos Estados Unidos, o Sanitarismo, que se estruturou como resposta a essa problemática estreitamente integrada à ação do Estado no âmbito da saúde.

Entre os estudiosos da época, apresentam-se os trabalhos de Chadwick e Virchow, baseados nas relações entre condições de vida e saúde. Em especial, os de Chadwick questionam o modelo biomédico diante do agravamento dos problemas sociais oriundos da Revolução Industrial, pois, na tentativa de resposta para esses enfrentamentos, seus estudos encontraram outros fatores além dos físicos, como moradias inadequadas, problemas com lixo, água, entre outros (WESTPHAL, 2006). O *Relatório Chadwick* (1842) representa um marco para o Sanitarismo (movimento do final do século XIX), por ter surgido em sociedades capitalistas, em que havia o predomínio do liberalismo econômico e político, e mesmo assim ter defendido a intervenção do Estado nos problemas de saúde que os indivíduos e a iniciativa privada não eram capazes de resolver (PAIM, 2006). Os estudos de Virchow, um dos precursores do conceito de Medicina Social, também sinalizavam o enfrentamento da determinação social da doença e sua relação com a política (VILLAR, 2007).

O Ato de Saúde Pública, movimento ocorrido no Reino Unido em 1875, tentou conter epidemias e doenças resultantes do crescimento das cidades pelo acúmulo exagerado de pessoas e condições sanitárias deficientes, por meio de fornecimento de água, disposição de esgoto, sacrifício de animais, entre outras medidas que promovessem a melhoria das condições de higiene (PINTO, 2000).

Foi no século XX, porém, em função de a explicação unicausal das doenças não ser suficiente, que novos estudos surgiram para compreender

o processo saúde-doença.

Henry Sigerist, em 1945, afirmou que para promover a saúde das pessoas, deveríamos ter uma relação equilibrada entre condições de vida, trabalho, educação, lazer e outras atividades da vida dos indivíduos. Enfatizou também a importância de uma ação integrada entre políticos e setores empresariais e sindicais. Para tanto, definiu quatro grandes tarefas para a medicina: a promoção da saúde; a prevenção da doença; o restabelecimento do doente e a sua reabilitação (MENDES, 1996; FERRAZ, 1999; WESTPHAL, 2006). Para WESTPHAL (2006), as reflexões de Sigerist já ressaltavam a importância de se atuar sobre os determinantes sociais para se produzir saúde.

O ano de 1965 foi marcante para a área da saúde por causa do trabalho dos sanitaristas Leavell e Clark que, com o modelo de história natural de doença e seus três níveis de prevenção, incluíram a promoção da saúde na prevenção primária, como medida destinada a aumentar a saúde e o bem-estar geral. As atividades a serem realizadas para promover a saúde incluíam a boa nutrição, o atendimento às necessidades afetivas, educação sexual, orientação pré-nupcial, boas condições de moradia, trabalho e lazer, além de exames periódicos e educação para a saúde. Esses estudos consideravam que a doença possuía um ciclo evolutivo natural e propuseram medidas de intervenção para cada um dos seus diferentes estágios (WESTPHAL, 2006).

Em contraposição aos modelos anteriores, o modelo de Leavell e Clark realçava o potencial das ações no ambiente e no estilo de vida sobre a “Prevenção de Doenças” (sic), bem como propunha que ações educativas, comunicacionais e ambientais se aliassem às laboratoriais, clínicas e terapêuticas, para potencializar as estratégias que já eram desenvolvidas (WESTPHAL, 2006). Anos mais tarde, estudiosos da Medicina Social e Saúde Coletiva questionaram essa tríade ecológica, bem como o fato de esse modelo explicativo não considerar “os efeitos positivos e negativos das condições de vida e trabalho e da inserção social dos indivíduos nos níveis

de saúde das populações” (WESTPHAL, 2006, p. 642).

As ideias sobre saúde, até os anos de 1970, apresentavam a concepção de que a medicina estava no mesmo patamar dos demais subsistemas – econômico, político, educacional – e diante disto supunha-se que seria possível transformar a sociedade a partir de qualquer desses setores. A teoria da multicausalidade do processo saúde-doença, em que os fatores de risco do adoecer e morrer são considerados com o mesmo valor ou potencial de agressão ao homem, visto como "hospedeiro", sustentava tal concepção (MENDES e DIAS, 1991).

Na década de 1970, na América Latina, autores como Breilh, no Equador, e Laurell, no México, desenvolveram estudos importantes sobre o tema da determinação social da saúde, como crítica à epidemiologia tradicional. Nessa perspectiva, as categorias centrais dos estudos desses autores foram reprodução social, modo de vida, determinação, classes sociais e perfil epidemiológico (BREILH, 2006).

BREILH (2008, p. 2) explica que, no final dos anos de 1970, os trabalhos desenvolvidos pelos diversos núcleos de medicina social da América Latina fizeram emergir a questão da determinação social da saúde, tornando “(...) visíveis a relação entre estrutura social e saúde e recuperando categorias fundamentais das ciências sociais críticas, como ‘sistema econômico’, ‘trabalho’ e ‘classe social’, que haviam sido banidas dos modelos de saúde pública vigentes”. O autor pontua que os modelos da saúde pública utilizados até então eram centrados na tríade sistêmica de Leavell e Clark e nas redes de multicausalidade de MacMahon.

No Brasil, destacam-se a tese *O Dilema Preventivista* (1975), de Sérgio Arouca, e os estudos de Cecília Donnangelo (1976), que repensaram as categorias analíticas que podem embasar a análise da saúde, trazendo para as pesquisas o referencial marxista, que se tornou fundamental para a estruturação teórica do campo da Saúde Coletiva (NUNES, 1994).

A teoria da determinação social tenta explicar o processo saúde-doença, considerando a forma, segundo a qual, a sociedade se organiza e constrói sua vida social. A organização social apresenta também determinantes políticos, econômicos e sociais que interferem na distribuição da saúde e da doença, no interior e entre as sociedades (BARATA, 2005).

Assim, tem-se o pressuposto de que o conceito de determinação deve ser compreendido e analisado “a partir das formas de organização da sociedade, ou seja, de sua estrutura econômica e social, na medida em que essa dimensão subordina ou subsume as dimensões naturais (atinentes ao ambiente físico e à constituição genética e fisiológica dos indivíduos)” (CEBES, 2009a, p. 341).

Em 1974, o Relatório Lalonde publicado pelo governo canadense, questionou os indicadores de saúde a partir dos investimentos realizados no país e o papel exclusivo atribuído à medicina na resolução dos problemas de saúde (WESTPHAL, 2006). Esse relatório considerou a saúde como resultado de um “(...) conjunto de determinantes localizáveis no *campo da saúde*” (CARVALHO, 2007, p. 46). Os determinantes foram divididos em quatro grandes grupos explicativos: ambiente (natural e social), composto pelos fatores externos ao controle humano; estilo de vida que é o comportamento individual que afeta a saúde e que envolve as decisões individuais sobre as quais o indivíduo tem relativo grau de controle; biologia humana que é o conjunto de aspectos genéticos e fisiológicos e a organização dos serviços de saúde, entendido como todo o processo que envolve a organização da assistência à saúde (BUSS, 2003).

Com essas definições, alguns autores destacam que o Relatório enfatizou a necessidade de introduzir mudanças nas ações de promoção da saúde, no ambiente e no estilo de vida das populações para resultar em redução de morbidade e mortes prematuras, bem como a necessidade de adoção de ações intersetoriais nas políticas de saúde, independentes dos sistemas de cuidados da saúde (FERRAZ, 1999; CARVALHO, 2007). Na perspectiva política, PINTO (2000) sintetizou a importância do documento

pelo pioneirismo de um país industrializado ter reconhecido a necessidade de intervir em políticas públicas que afetam o comportamento humano e que interferem na saúde.

Na perspectiva ideológica, CARVALHO (2007) realça que o Relatório apenas ensaiou uma indicação quanto à importância e imbricamento dos aspectos sociais na determinação da doença por meio de seu modelo explicativo, o social “(...) dilui-se em uma retórica comportamental, a-histórica, que toma o ambiente como tudo aquilo que inclui todas as coisas relacionadas com a saúde e que são externas ao corpo humano e sobre a qual o indivíduo tem pouco ou nenhum controle” (CARVALHO, 2007, p. 50), constituindo-se, na verdade, em sinônimo de estilo de vida saudável. Destaca, ainda, a ausência de temas como poder, sujeitos sociais, estruturas sociais, capitalismo e luta de classes e das categorias: pobreza, iniquidade social, desemprego, condições de trabalho e de vida, democracia, participação e direito. Entendendo o documento como parte de uma corrente behaviorista da promoção da saúde, CARVALHO (2007, p. 50) critica sua abordagem, que considera moralista e normativa, intrinsecamente ligada ao fenômeno de “culpabilização das vítimas”, cujo modelo educacional “contribui pouco para a construção de sujeitos autônomos e para o enfrentamento do *status quo*”.

A questão da saúde como direito só foi alavancada na Conferência de Alma-Ata, realizada na antiga União Soviética quatro anos depois, que considerou a saúde meta social a ser alcançada mundialmente, definindo-a como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e direito fundamental, que para ser alcançado necessita de ação de muitos outros setores, além do próprio setor saúde. Para WESTPHAL (2006) foi a primeira vez que a saúde foi reconhecida como um direito, a ser atendido tanto pelo resultado da atuação do setor saúde, como também de trabalho intersetorial, que envolva outros setores da sociedade.

O *Relatório Black*, em 1980, fruto de um grupo de trabalho comandado por Sir Douglas Black, na Grã-Bretanha, apontou mais uma vez

a importância das condições sociais em que as pessoas vivem e sua condição de saúde. A partir de estudos das taxas de mortalidade e da classe econômica, chegou-se à conclusão de que embora se investisse em ações de saúde que pudessem modificar as causas de mortes como o acesso universal aos serviços, as altas taxas de mortalidade em grupos de pessoas em condições sociais desfavoráveis de saúde imperavam. Tornaram-se, assim, questionáveis as ações exclusivas do setor saúde, posto que a posição social das pessoas influencia as taxas de mortalidade (DEPARTAMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, 1980; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2005, p. 28) considera o Relatório Lalonde, de 1974, e o Relatório Black, do Reino Unido, de 1980, como “raízes diretas das ações contemporâneas de identificação e resolução de desigualdades de saúde determinadas socialmente”. O Relatório Lalonde, como dito anteriormente, aproximou-se do conceito de determinação social da saúde, enquanto o Relatório Black influenciou líderes políticos a considerarem opções de políticas de enfrentamento dos problemas, na perspectiva da dimensão social da saúde, mesmo não tendo atendido às expectativas de promover mudanças políticas no Reino Unido.

No Brasil, a década de 1980 foi marcada por dois eventos importantes para a área da saúde: a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a promulgação da Constituição Federal, em 1988. Com ideias que se fortaleceram desde a década de 1970, com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, consagrou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a saúde como

(...) resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.4).

A Constituição Federal de 1988 avançou na transformação do padrão

de proteção social brasileiro, garantindo um conjunto de direitos sociais. FLEURY (2009, p. 745) destaca que o novo padrão constitucional da política social expresso nessa Constituição, é caracterizado

pela universalidade na cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nestas áreas, uma perspectiva publicista de cogestão governo/sociedade, um arranjo organizacional descentralizado.

As ideias sobre a determinação social da saúde estiveram presentes nesses dois momentos históricos e fundamentaram importantes conquistas na questão da saúde como direito.

1.2 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Como já referido anteriormente foi nos últimos anos que se intensificou o interesse pelas relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos. Alguns estudiosos afirmam que isso se deve ao aumento das iniquidades advindas do modelo econômico capitalista e globalizador (BAUM e HARRIS, 2006).

Mas, como entendemos essas iniquidades? Segundo WHITEHEAD (2000, p. 5), o termo iniquidade “(...) refere-se a diferenças que são desnecessárias e evitáveis, mas, além disso, também são consideradas abusivas e injustas”. A questão da “justiça” tem um componente moral e ético. Assim, o conceito de iniquidades em saúde adotado nesta tese é o proposto por essa autora, para quem os principais determinantes dessas iniquidades estão relacionados às formas como se organiza a vida social.

Estudos apontam que “uma vez superado um determinado limite de

crescimento econômico de um país, um crescimento adicional da riqueza não se traduz em melhorias significativas das condições de saúde” (BUSS e PELLEGRINI, 2006, p.2006). Isso remete à compreensão de que “o fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui”. O pressuposto que os determinantes das iniquidades estão relacionados às formas como se organiza a vida social alicerçou estudos que propõem modelos para estudar as relações entre a forma como se organiza a sociedade e a situação de saúde de sua população, com o objetivo de estabelecer uma hierarquia entre as determinações oriundas de fatores sociais, econômicos e políticos e as mediações através das quais estes fatores incidem sobre a situação de saúde da população (BUSS e PELLEGRINI, 2006).

Esses autores ainda pontuam que é por meio do conhecimento deste complexo de mediações que se pode entender, por exemplo,

por que não há uma correlação constante entre os macroindicadores de riqueza de uma sociedade, como o PIB, com os indicadores de saúde. Embora o volume de riqueza gerado por uma sociedade seja um elemento fundamental para viabilizar melhores condições de vida e de saúde, o estudo dessas mediações permite entender por que existem países com um PIB total ou PIB *per capita* muito superior a outros que, no entanto, possuem indicadores de saúde muito mais satisfatórios (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007, p.81).

Assim, é por meio desses estudos das mediações que surge a possibilidade de identificação dos pontos de intervenções de políticas, visando à redução das iniquidades de saúde.

RAPHAEL (2004, p.1) entende que os determinantes sociais de saúde são “condições sociais e econômicas que influenciam a saúde de indivíduos, comunidades e respectivos entornos”. A OMS (WHO, 2005a) conceitua os determinantes sociais como as condições nas quais as pessoas vivem e trabalham, que influenciam sua saúde, e a CDSS (2005, p.44) define os determinantes como “causas fundamentais das doenças e das iniquidades em saúde”.

No Brasil, o conceito de DSS mais difundido atualmente é o de que DSS são: “(...) fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78).

Com o objetivo de aprofundar essa temática, apresentamos três estudos clássicos que são os mais conhecidos na literatura. Uma publicação clássica data de 1988, quando, no intuito de compreender a evidência dos DSS, de forma a contribuir na formulação de políticas públicas, a OMS solicitou um estudo ao International Centre for Health and Society da University College London, que resultou no *The Solid Facts (Os Fatos Concretos)*, de autoria de Michael Marmot e Richard Wilkinson. A publicação buscou evidências nas relações entre os DSS e as condições de saúde das populações e resumiu os determinantes sociais em dez, sendo estes: hierarquia social, estresse, primeiros anos de vida, exclusão social, trabalho, desemprego, suporte social, vício, alimentação e transporte. Esse trabalho influenciou países na formulação de políticas de saúde, especialmente o Reino Unido (MARMOT, 2004).

Quanto à hierarquia social, o Relatório alerta que, quanto mais próximas da base social, as pessoas têm menor expectativa de vida e é maior o número de doenças. O estresse e, especialmente, as circunstâncias estressantes que fazem as pessoas se sentirem preocupadas e ansiosas são danosas à saúde e podem levar à morte prematura. Em relação aos primeiros anos de vida, sabe-se que, quando advêm de circunstâncias favoráveis, podem impactar positivamente na saúde e no desenvolvimento cognitivo e emocional durante toda a vida (WILKINSON e MARMOT, 2003).

As consequências da exclusão social na vida das pessoas são inegáveis, tanto nos aspectos sociais, quanto nos aspectos psicológicos, e também podem acarretar mortes prematuras. A exclusão social também pode advir do racismo, da discriminação, da estigmatização, da hostilidade e do desemprego. Quanto ao trabalho, destaque especial deve ser dado às

situações e locais em que ele ocorre, pois o estresse no ambiente de trabalho aumenta o risco de doenças, mas, certamente, ter um trabalho é melhor do que não ter, no que diz respeito à saúde. As condições psicológicas no local de trabalho são, por si só, um importante determinante de saúde. O desemprego coloca a saúde em risco, especialmente em regiões de elevado número de desempregados. A insegurança quanto ao emprego tem efeitos sobre a saúde física e mental (WILKINSON e MARMOT, 2003).

Outro determinante social importante diz respeito às amizades, boas relações sociais e redes sociais que se estabelecem de forma geral, incrementando a saúde em casa, no trabalho, na vida individual e comunitária. Trata-se do suporte social, que tem poderoso efeito de proteção sobre a saúde. A sensação de pertencimento a uma rede social transmite segurança às pessoas, o que as fazem se sentir protegidas e cuidadas. Quanto ao vício, as drogas são consideradas um dos piores fatores geradores das iniquidades em saúde. O uso de álcool, drogas ou tabaco tem grande influência do contexto social (WILKINSON e MARMOT, 2003).

Em relação à alimentação, uma boa dieta é de suma importância para promover saúde e bem-estar. Excesso alimentar e má nutrição são situações antagônicas e ambas acarretam danos à saúde. O documento apresenta alguns exemplos de atividades que trazem benefícios à saúde, tais como o ciclismo, a caminhada e o uso do transporte público que proporcionam o exercício, reduzem acidentes fatais, aumentam o contato social e reduzem a poluição do ar (WILKINSON e MARMOT, 2003). Neste sentido, vale destacar que nem sempre existem condições favoráveis para a realização de atividades deste tipo e isso precisa ser levado em conta nas orientações dirigidas à população para que não se produzam meras recomendações de cunho normativo.

Outro estudo clássico é o de Diderichsen, Evans e Whitehead, de 2001, adaptado do modelo de Diderichsen e Hallqvist, de 1998, que "(...) enfatiza que o contexto social propicia a criação da estratificação social,

resultando em posições sociais distintas dos indivíduos (Figura 1). A posição social das pessoas determina suas oportunidades de saúde (...)” (COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2005, p. 12). A maior contribuição desse modelo é a discussão de pontos para ações de políticas, já que o campo relacional I diz respeito ao processo de delegação de posições sociais, em que há mecanismos sociais de distribuição de poder, riqueza e riscos, ou seja, a posição social dos indivíduos; o campo II (estratificação social) refere-se às exposições a riscos que são diferentes conforme a posição social ocupada; o campo III diz respeito ao diferencial de vulnerabilidade e o IV refere-se aos diferenciais das consequências, quando uma doença é contraída (COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2005; BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

Figura 1 - Modelo de Diderichsen, Evans e Whitehead

Fonte: COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2005, p. 3.

O modelo identifica os diferenciais de exposição, de vulnerabilidade e de suas consequências e aponta onde as políticas devem ser aplicadas para atuarem sobre os mecanismos de estratificação social (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007). Esses autores explicam que para combater as iniquidades em saúde, a intervenção sobre mecanismos de estratificação

social são de suma importância, mesmo que a responsabilidade sobre essa intervenção não seja exclusiva do setor saúde. E exemplificam cada um dos pontos: o primeiro refere-se às intervenções relacionadas ao mercado de trabalho, educação e seguridade social, ou seja, a avaliação do impacto de políticas econômicas e sociais que incidam sobre a estratificação social; o segundo busca exposição a riscos, tais como condições de habitação insalubres, ambientes inadequados ao trabalho e aspectos relacionados à exposição de deficiências nutricionais. Estão inclusas também, as políticas que objetivam fortalecer redes de apoio a grupos vulneráveis.

Para diminuir os diferenciais de vulnerabilidade, os autores ressaltam que as intervenções mais efetivas são as que buscam fortalecer a resistência a diversas exposições, e exemplificam: “a educação das mulheres para diminuir sua própria vulnerabilidade e a de seus filhos” (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 87). E, para reduzir os diferenciais de consequências ocasionadas pela doença, a intervenção no sistema de saúde busca, por exemplo, apoiar os deficientes quanto aos cuidados de reabilitação e prover mecanismos de financiamento equitativos, visando impedir que ocorram mais desigualdades causadas pela doença.

Outro estudo para explicar a atuação dos DSS é o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead, de 1991. Esse modelo tenta demonstrar as formas de atuação dos determinantes sociais de saúde sobre as iniquidades em saúde nos grupos sociais, distribuindo-os em camadas, conforme os níveis de abrangência (Figura 2).

Figura 2 - Modelo de determinação social proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)

Fonte: COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008, p. 14.

Trata-se de uma forma de explicar como as desigualdades sociais na saúde são resultantes “das interações entre os diferentes níveis de condições, desde o nível individual até o de comunidades afetadas por políticas de saúde nacionais” (COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2005, p. 11). Esse modelo apresenta quatro camadas: no centro da figura estão posicionados os indivíduos, com idade, gênero e fatores hereditários, ou seja, as características individuais que influenciam a saúde. A camada superior refere-se ao estilo de vida dos indivíduos, o que pode representar ainda seu comportamento, em que suas atitudes e escolhas são influenciadas por outros determinantes. Acima da camada de estilo de vida, estão posicionadas as redes sociais e comunitárias que exercem poder de influência no comportamento pessoal da camada abaixo, para melhor ou pior. Na camada mais externa da figura estão apresentados os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a serviços essenciais. Essa camada aponta as situações

em que pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de moradias inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Finalizando, têm-se os macrodeterminantes, que são as condições econômicas, culturais e ambientais prevalentes na sociedade e que influenciam todo o processo (COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2005; COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

A partir de estudos sobre intervenções desenvolvidas no âmbito nacional e de análise do impacto dos DSS na situação de saúde, fundamentadas em relatórios e conhecimentos produzidos e publicados na literatura, a CNDSS fez recomendações que objetivam promover a equidade a partir de intervenções sobre os DSS.

O Relatório final da CNDSS (2008) adotou o modelo de Dahlgren e Whitehead para recomendar os pontos que as intervenções devem incidir sobre os determinantes. Segundo a CNDSS (2008), as intervenções devem contemplar os diversos níveis assinalados no modelo de Dahlgren e Whitehead, ou seja, “devem incidir sobre os determinantes *proximais*, vinculados aos comportamentos individuais, *intermediários*, relacionados às condições de vida e trabalho e *distais*, referentes à macroestrutura econômica, social e cultural” (p.13).

A Figura 3 apresenta a alteração esquemática proposta no modelo que realça a importância da transversalidade da participação social e a intersetorialidade sobre os DSS.

Figura 3 - Alteração esquemática proposta pela CNDSS sobre o modelo de Dahlgren e Whitehead.

Fonte: COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008, p. 142.

A seguir, exemplos das políticas recomendadas pela COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (2008, p. 141):

- Políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais e econômicas, as violências, a degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade;
- Políticas que assegurem a melhoria das condições de vida da população, garantindo a todos acesso a água limpa, esgoto, habitação adequada, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade, superando abordagens setoriais fragmentadas e promovendo uma ação planejada e integrada dos diversos níveis da administração pública;
- Políticas que favoreçam ações de promoção da saúde, buscando estreitar relações de solidariedade e confiança, construir redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas para melhoria de suas condições de saúde e bem-

estar, especialmente dos grupos sociais vulneráveis;

- Políticas que favoreçam mudanças de comportamento para a redução de riscos e aumento da qualidade de vida, mediante programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos, bem como proibição à propaganda do tabaco e do álcool em todas as suas formas.

O Relatório destaca a necessidade de as intervenções estarem apoiadas em três pilares básicos: a intersectorialidade, a participação social e as evidências científicas e aponta medidas de cunho político a serem adotadas no âmbito nacional: a criação de uma instância avaliativa na Casa Civil para acompanhamento de projetos, programas, intervenções ou políticas relacionadas aos DSS.

Quanto à CDSS, seu trabalho também foi apoiado pelos estudos das nove redes de conhecimentos formadas para apoiar a Comissão: desenvolvimento infantil, globalização, sistemas de saúde, urbanização, condições de trabalho, mulher e igualdade entre os gêneros, medidas e evidências, exclusão social e condições prioritárias da saúde pública. As redes de conhecimentos foram formadas por renomados especialistas de cada tema. Além disto, uma comissão paralela de trabalho formada por representantes da sociedade civil contribuiu com estudos de casos, *workshops*, reuniões para a confecção do relatório final. A seguir são apontadas três recomendações gerais da COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (2009, p. 2):

- Melhorar as condições de vida – melhorar o bem-estar das meninas e das mulheres e as condições em que nascem os meninos, favorecer o desenvolvimento da primeira infância e a educação dos meninos e meninas, melhorar as condições de vida e de trabalho e formular políticas de proteção social dirigidas a toda a população. Criar as condições que permitam envelhecer bem. Políticas endereçadas a alcançar esses objetivos devem contar com a participação da sociedade civil, dos poderes públicos e das instituições internacionais;
- Lutar contra a distribuição desigual do poder, do dinheiro e dos recursos – para combater a iniquidade em

saúde e as disparidades nas condições de vida, é necessário atacar as desigualdades entre homens e mulheres e rever o modo em que a sociedade está organizada. Isso requer um setor público comprometido, sólido, capaz e dotado de suficiente financiamento, para o fortalecimento das instâncias governamentais, e também da governança: há que se dar legitimidade, acolhida e apoio à sociedade civil, ao setor privado e aos membros de toda a sociedade, com o interesse comum de se investir na ação coletiva. Em um mundo globalizado, impõe-se aplicar um estilo de governança que promova equidade, desde o nível comunitário até as instituições internacionais;

— Medir a magnitude do problema, analisá-lo e avaliar os efeitos das intervenções — reconhecer que existe um problema e conseguir avaliar a magnitude da iniquidade em saúde em nível nacional e mundial é um ponto de partida essencial para ação. Os governos nacionais e as organizações internacionais devem por em prática, com o apoio da OMS, sistemas de vigilância da equidade em saúde nacionais e internacionais que permitam fazer um monitoramento sistemático das desigualdades em saúde e dos DSS, assim como avaliar os efeitos das políticas e das intervenções sobre a equidade em saúde. Para criar o espaço e as capacidades institucionais que permitam combater com eficácia a iniquidade em saúde, há que se investir na formação dos responsáveis por formular as políticas e dos profissionais de saúde, e explicar à população o que são os DSS. Também é necessário dar maior importância aos DSS nas investigações da área de saúde pública.

O Relatório da CDSS aponta uma série de medidas para cada uma das recomendações, voltadas a promover a equidade.

Algumas colocações sobre o Relatório, feitas por SANDOVAL¹ (2009), são pertinentes e merecem ser aqui destacadas: a primeira refere-se ao entendimento de que ele tenta restabelecer a saúde pública como espaço de ação sociopolítica, além de disciplina acadêmica ou estrutura administrativa; a segunda diz respeito à opção pela ética, já que a justiça social é colocada no centro da ação sanitária, com vistas a promover a equidade; o terceiro diz respeito a uma mudança metodológica, pois a abordagem sobre os DSS traz

¹ SANDOVAL, H. Algumas conclusões a partir do trabalho da CDSS. Disponível em: <<http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/cursos/cursoport/anexo2.html>>. Acesso em: 8 nov. 2009.

modificações nas preocupações quanto aos resultados de saúde: as diferenças e causas dos resultados de saúde de certa população passam a ter mais importância do que os resultados médios de saúde e a análise dos fatores deve abordar a complexidade das interações dos fatores com as variáveis das dinâmicas da população. O quarto aspecto refere-se ao aspecto operacional, pois é necessária uma reorganização das instituições jurídicas, administrativas e financeiras da saúde pública na prática dos países.

Em fevereiro de 2009, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), importante centro de estudos da área da saúde coletiva desde o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, divulgou documento intitulado *Rediscutindo a Questão da Determinação Social da Saúde*, como termo de referência para um seminário promovido pela instituição. Nesse documento foi apontada uma série de questões contemporâneas sobre o tema da determinação social da saúde, isto tudo frente à histórica participação brasileira no pensamento da epidemiologia social latino-americana de 1970 e ao atual movimento dos DSS da OMS, bem como da publicação do seu relatório final (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2009c).

O documento lembrou que a teoria da determinação social do pensamento da epidemiologia social latino americana sustenta que as condições sociais que favorecem a saúde e a doença devem ser compreendidas através de uma multiplicidade de “determinações”, não necessariamente no “(...) sentido de causa, causalidade ou fator determinante, mas se refere ao próprio movimento do pensamento na apreensão concreta dos fenômenos sociais”. Isto significa compreender “a idéia abstrata da saúde em algo que expressa antes de tudo as condições concretas de trabalho e de reprodução da vida de uma dada classe social”. Destacou, também, que os Relatórios publicados pela OMS apresentam um modelo analítico diferente (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2009c):

Os determinantes sociais são tomados nesses documentos no sentido de fatores sociais que promovem a saúde ou causam a doença. São tratados, portanto, como “fatores sócioeconômicos”, cujos resultados podem ser analisados lado a lado com os efeitos exercidos pelos fatores de ordem biológica e ambiental, tal como é pressuposto no modelo de Dahlgren e Whitehead. O que retorna à cena mediante tal modelo é o bem conhecido pressuposto positivista da epidemiologia tradicional: os fatores que favorecem a saúde ou expressam certos riscos são sempre colocados num mesmo plano de importância epistemológica. Supõe-se que é nada mais que a interação específica do conjunto desses fatores que deve ser observada em cada situação a ser estudada. A grande ênfase concedida ao social no âmbito de modelos como esse tem um objetivo bem claro: trata-se de criar bases de conhecimento para orientar as políticas de promoção da saúde individual e familiar (mudança de estilos de vida) e para colocar a diminuição das diferenças de padrões de saúde entre os grupos sociais como alvos de políticas públicas de equidade.

O CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (2009c) aponta, ainda, que este conflito conceitual tem sido debatido pela Associação Latino-Americana de Medicina Social (ALAMES), que sintetizou severas críticas, entre as quais:

A postura de reunir evidências sobre os fatores sociais que criam as desigualdades em saúde tem as limitações do paradigma dominante na epidemiologia e saúde pública, na medida em que fragmenta a realidade em fatores, presumindo que mantêm sua capacidade explicativa e que estão sempre sujeitos a mudanças.

Os determinantes sociais, ao serem convertidos em fatores, perdem sua dimensão de processos sócio-históricos, expressão de formas específicas de relações entre as pessoas e destas com a natureza, e facilita sua simplificação ao serem entendidos e expressos como fatores de risco, escolhas inadequadas de estilos de vida, etc.

No entanto, também ressalta que a visão hoje predominante na saúde coletiva brasileira é diferente da compreensão marxista das questões sociais e da compreensão de determinação social da saúde presentes na década de 1970. Desde os anos de 1990, no Brasil, instituiu-se a interpretação positivista dos DSS, “(...) associado a um forte movimento de revalorização

acadêmica da epidemiologia tradicional”. Ressalta que seria um contrassenso “combater a orientação teórica seguida pelo relatório da OMS e pelas comissões de determinantes sociais da saúde, quando é bem sabido que essa é precisamente a compreensão predominante em nosso meio”. Assim, propõe a retomada da reflexão crítica sobre o tema, tanto na perspectiva teórica, quanto política.

Outro documento do CEBES (2009b) destacou a inequívoca sinalização do Relatório quanto à possibilidade da mobilização social de restringir-se ao setor saúde, de forma isolada, uma vez que a

Mobilização social pela saúde ocorre, em geral, junto da mobilização diante de outros problemas sociais e políticos da sociedade e em articulação com movimentos que objetivam a conquista de um conjunto de importantes direitos sociais e políticos, os quais se encontram historicamente negados.

Um processo de mobilização social extrapola o setor saúde e está relacionado a um movimento mais amplo de transformação social e política. Esta questão parece ser a crítica principal em relação ao Relatório da CDSS, a falta de um aprofundamento das questões no campo político, uma vez que “não são as iniquidades que matam, mas aqueles que são responsáveis pelas iniquidades que matam” (NAVARRO, 2009, p.15)

Neste sentido, em relação ao debate sobre os DSS, a ALAMES decidiu, como uma de suas tarefas:

Demandar que a OMS e a OPAS retomem o protagonismo mundial do campo da saúde, confrontem aos organismos financeiros internacionais pelas políticas privatizadoras de saúde que impõem e impulsionam a orientação de desenho das políticas de saúde desde a perspectiva dos DSS e denunciem energicamente as crescentes violações éticas que se cometem na verificação de eficácia de medicamentos, elementos de diagnóstico e tecnologia médica (ARELLANO et al., 2008, p. 332).

1.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE

Como se deu o movimento pela promoção da saúde? Partindo desse questionamento, foi possível iniciar a compreensão das conexões entre a determinação social da saúde e o movimento da promoção da saúde.

A origem e a história do movimento pela promoção da saúde advêm da necessidade ideológica de se refletir sobre o processo saúde-doença de forma diferente do modelo biomédico que predominava nos anos de 1970.

A promoção da saúde alicerçou-se em estudos e reflexões ocorridos em debates e conferências internacionais, em diversas épocas e locais: Relatório Lalonde, em 1974; Declaração de Alma-Ata, em 1978; Carta de Ottawa, em 1986; Declaração de Adelaide, em 1988; Declaração de Sundsvall, em 1991; Declaração de Jacarta, em 1997; Declaração do México, em 2000, Carta de Bangkok, em 2005 e Carta de Nairóbi em 2009. São considerados marcos para a promoção da saúde – Relatório Lalonde e Declaração de Alma-Ata (CARVALHO, 2008a), documentos já abordados anteriormente.

Em 1986, no Canadá, realizou-se a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde², que culminou na Carta de Ottawa, fundamental na história da Saúde Pública, pois reconheceu como pré-requisitos para a saúde: a paz, a habitação, a educação, a renda, a alimentação, um ecossistema estável, a conservação dos recursos naturais e a equidade. A determinação social da saúde como marco teórico, na perspectiva de entender a saúde como produção social de forma positiva, está no campo de conhecimento e de práticas da promoção da saúde, que a *Carta de Ottawa* definiu como:

² Quando se referir ao nome das Conferências realizadas, o termo Promoção da Saúde será grafado com letras maiúsculas.

(...) o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

A promoção da saúde foi conceituada como o processo de capacitação das populações para melhorar a sua qualidade de vida e sua própria saúde. Para atingir esses objetivos foram preconizados cinco campos de ação: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço à ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos sistemas e serviços de saúde. A Carta de Ottawa destacou a importância da intersectorialidade, pois considerou os determinantes múltiplos da saúde na busca de promover a equidade em saúde.

A questão da intersectorialidade também foi apontada como prioritária no documento resultante da II Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada em 1988, em Adelaide, no sul da Austrália, que teve como tema central as “políticas públicas saudáveis”. O documento concebeu fundamentalmente a saúde como fator agregador no direcionamento de ações dos outros setores da sociedade, destacando a necessidade de construir novas parcerias e alianças para promover saúde, bem como a participação da comunidade na definição de políticas públicas saudáveis que promovam o desenvolvimento social na busca da superação das desigualdades da sociedade (BRASIL, 1996).

A III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Ambientes Favoráveis à Saúde, realizada em Sundsvall em junho de 1991,

teve nítida influência de temas ligados à saúde ambiental e às questões ecológicas, destacando a interdependência entre saúde e meio ambiente. Demonstrou-se que as medidas para se ter meio ambiente saudável e desenvolvimento humano não podiam ser separadas: o desenvolvimento deve implicar melhoramento da qualidade de vida e saúde e preservar a sustentabilidade do meio ambiente.

A Declaração de Sundsvall denunciou o reflexo da exclusão social sobre a saúde mundial da população e destacou que as estratégias para a ação em saúde pública se fundamentam no pressuposto de que “(...) aumentar o poder de decisão das pessoas e participação comunitária são fatores essenciais num processo democrático de promoção da saúde e força motriz para autoconfiança e o desenvolvimento” (BRASIL, 1996, p. 37).

Em 1992, na América Latina, ocorreu a Conferência sobre Promoção da Saúde em Santa Fé de Bogotá, Colômbia, denominada Declaração de Santa Fé de Bogotá – Promoção de Saúde e Igualdade com o propósito de discutir o significado da promoção da saúde na América Latina. Destacou a relação entre saúde e desenvolvimento, bem como a necessidade da solidariedade e da igualdade social para seu alcance. Fez um chamado para a luta contra as iniquidades resultantes da marginalidade, da desigualdade e da destruição do meio ambiente e postulou também a criação de uma cultura para a saúde (MENDES, 1996).

A Carta do Caribe foi resultado da I Conferência de Promoção da Saúde no Caribe, em 1993, e constituiu-se em um momento de reflexão e de tomada de consciência dos dirigentes do país e de pessoas procedentes do setor da saúde e outros campos afins, além de representantes dos setores sociais ativos na vida caribenha, na adoção de medidas e estratégias que viessem a resultar em melhorias da qualidade de vida da população.

Em 1997, em Jakarta, na Indonésia, quase 20 anos após o compromisso estabelecido pela OMS quanto às necessidades da atenção primária declaradas em Alma-Ata, aconteceu a IV Conferência Internacional

sobre a Promoção da Saúde – Novos Atores para uma Nova Era: levar a promoção da saúde para o século XXI. A Conferência teve como tema central a transição epidemiológica e populacional. Reafirmou-se que a promoção da saúde é um processo de capacitação de pessoas para exercerem maior controle de sua saúde; reforçando o conceito da ação comunitária. Tratou-se ainda de novos desafios: a urbanização, a globalização da economia e o desenvolvimento da tecnologia das informações.

Promoção da Saúde: Rumo a uma maior Equidade, foi o tema central da V Conferência de Promoção da Saúde realizada em junho de 2000, na cidade do México. A discussão do tema foi diferencial no sentido de a Conferência ter reafirmado a importância dos DSS e ter permitido que os participantes relatassem experiências com a análise da efetividade de iniciativas em promoção da saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

A Carta de Toronto foi resultante de uma conferência realizada pela Universidade de York, em Toronto, no Canadá, em 2002, que reuniu mais de quatrocentas pessoas, com o objetivo de refletir sobre a situação de dez determinantes sociais considerados chave para a saúde dos canadenses, explorar o efeito dessas condições sobre a saúde das pessoas e identificar direções políticas que poderiam influenciar na qualidade desses determinantes. Os determinantes sociais selecionados foram: infância, educação, emprego, condições de emprego, segurança alimentar, serviços de saúde, moradia, renda e distribuição de renda, exclusão social, medidas de assistência social, desemprego e insegurança do emprego (UNIVERSIDAD DE YORK, 2002).

Em Bangkok (Tailândia), em agosto de 2005, a VI Conferência com o tema *Políticas e Parcerias para a Saúde: Procurando Interferir nos Determinantes Sociais da Saúde* destacou a importância do setor saúde na construção de políticas e parcerias para a promoção da saúde e, também, convocou o avanço de ações, investimentos e parcerias entre governos e

organizações internacionais, sociedade civil e setor privado, um chamado a todos para ações de promoção da saúde. WESTPHAL (2006) entendeu que nessa Conferência o tema da globalização e a sua influência nas questões de saúde tiveram destaque, tanto quanto aos seus aspectos positivos - na difusão de conhecimentos, pelos meios tecnológicos de informação, bem como nos seus aspectos negativos.

No período de 26 a 30 de outubro de 2009, em Nairóbi, no Kenya, mais de seiscentas pessoas de cem países participaram da VII Conferência Global de Promoção da Saúde³ para discutirem os encaminhamentos da promoção da saúde, reafirmarem valores, princípios e estratégias de ações para promoção da saúde no intuito de reduzir as iniquidades em saúde e a pobreza e promover saúde e qualidade de vida.

Com o título “*Call for Action*” o documento conclama a uma ação conjunta para o enfrentamento de doenças preveníveis e ameaças que comprometam o futuro dos países, e para tanto, elenca cinco responsabilidades urgentes a serem adotadas por tomadores de decisão e governantes: fortalecimento das lideranças e das forças de trabalho, ter a promoção da saúde como foco, empoderar comunidades e indivíduos, construir e aplicar conhecimentos (buscando evidências) e fortalecer os processos participativos. Alinha-se às recomendações da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde, na medida em que conclama os países para o desenvolvimento de uma agenda que promova a justiça social e a equidade em saúde por meio de políticas e programas.

Como visualizado nos documentos e eventos já citados, percebe-se que o significado da promoção da saúde foi se consolidando desde o Relatório Lalonde, representando de forma mais atual um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença. Atualmente, porém, o que caracteriza a promoção da saúde é o papel protagonista atribuído aos

³ Interessante pontuar que o documento final teve a colaboração de participantes virtuais registrados na rede da página eletrônica: [http:// www.connect2change.org](http://www.connect2change.org).

determinantes gerais sobre as condições de saúde, pela compreensão de que saúde é:

(...) produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde (BUSS, 2000, p. 165).

O autor ainda ressalta que a nova concepção de saúde tem uma visão afirmativa, “que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença” (BUSS, 2000, p. 174). Assim, a saúde passa a ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Com esses pressupostos, uma intervenção pautada nos princípios da promoção da saúde objetiva “não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde–enfermidade: eis a essência das políticas públicas saudáveis” (Ibid).

Segundo WESTPHAL (2007, p. 15), o objetivo da promoção da saúde é o “de contribuir para que grupos da população reflitam sobre seus problemas e tomem decisões para melhorar sua qualidade de vida, sob a ótica do desenvolvimento”. Enfatiza também a promoção da saúde “como uma nova forma de pensar e de fazer saúde, que se reflete nas condições de vida da população, focalizando a qualidade de vida como seu objeto de trabalho” (Ibid).

Em outro estudo, a autora ressalta que a evolução conceitual da promoção da saúde, resultante dos documentos das conferências e da literatura sobre o tema, permite afirmar como definidores das práticas da promoção da saúde, os seguintes princípios: concepção holística de saúde, equidade, intersetorialidade, participação social e sustentabilidade (WESTPHAL, 2006).

Assim, reconhecer que a saúde é produzida socialmente significa admitir que o setor saúde isoladamente não consegue promover saúde como qualidade de vida, pois há determinantes sociais que influenciam diretamente essas condições (UNIÃO INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE, 2006).

Sob este aspecto, MINAYO et al. (2000, p. 16) chamam atenção para a responsabilidade do setor saúde na formulação e na responsabilidade de políticas públicas voltadas à promoção da qualidade de vida:

Desse modo, pode-se dizer que a questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao denominado setor saúde.

No Brasil, inúmeras iniciativas de promoção da saúde vêm se desenvolvendo, em especial a partir do final da década de 1980, após a Carta de Ottawa. No âmbito das políticas públicas, os marcos jurídicos apresentam-se na Constituição Federal de 1988 e na publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006.

A PNPS entende que a promoção da saúde “(...) contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde”, pois se caracteriza por ser “uma das estratégias de produção de saúde (...), um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro” (BRASIL, 2006c, p. 10). E, apresenta o objetivo de “promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2006c, p. 17).

Há que se ressaltar a afirmação contida no documento que aponta a

necessidade de o Sistema Único de Saúde (SUS) articular-se ao movimento da promoção da saúde, para garantir opções mais saudáveis para a população e a participação social como imperativo na construção das políticas de saúde:

Na base do processo de criação do SUS encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Nesse sentido, o SUS, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde (BRASIL, 2006c, p. 10).

Independentemente desses marcos, mas os entendendo como pontos importantes no fortalecimento desse campo de conhecimento, as iniciativas de promoção da saúde multiplicaram-se no país ao longo dos anos, algumas por meio de agendas sociais, tais como Cidades Saudáveis, outras com enfoque comportamental, voltadas para mudanças de hábitos e estilos de vida, tais como projetos de controle do tabagismo, promoção de atividades físicas, entre outros.

E a avaliação das iniciativas?

Há vasta literatura sobre avaliação em promoção da saúde, na tentativa de buscar sua efetividade e também explicar processos, interações, redes e a forma como se constroem e se reconstroem.

Entre as avaliações, ressalta-se a importância da avaliação participativa nas iniciativas, em que os sujeitos das práticas possam participar de forma efetiva, tenham clareza do significado da sustentabilidade para seus programas e sejam partícipes do processo e dos resultados das iniciativas.

Em recente artigo, WESTPHAL e MENDES (2009), abordam a avaliação participativa no campo de práticas de promoção da saúde. Compreendem que a avaliação participativa busca o envolvimento de todos que tiveram alguma interferência na implementação de uma iniciativa, mas que a avaliação “vai além de descobrir os interesses dos diferentes grupos de pessoas envolvidas em uma ação: os que planejam, os que desenvolvem e a população de uma intervenção” (p.20). Pois, esse tipo de avaliação apresenta um elemento importante: a institucionalização, como ação conjunta de todos os envolvidos.

Mas, as reflexões sobre as iniciativas de promoção da saúde encontram-se em estudos internacionais (BJÄRÅS et al., 1991; SWERISSEN e CRISP, 2004; RICE e FRANCESCHINI, 2007) e nacionais (MENDES, 2000; WESTPHAL, 2000; MOYSÉS et al., 2004; AKERMAN et al., 2004; MENDES e FALVO, 2007b) que constroem modelos explicativos e aprofundam-se na questão da participação, já que as intervenções de promoção de saúde têm uma concepção ampliada de saúde, “(...) envolvem a colaboração e participação de diferentes atores e a utilização de múltiplas estratégias, visando a diferentes resultados com implicações diretas sobre a forma de medir seu impacto e efetividade” (MOYSÉS et al., 2004, p. 629).

As iniciativas de promoção da saúde buscam este encontro de sujeitos, processo dinâmico de interações, em que haja o diálogo, a negociação e a visão comum de futuro. Sob este enfoque que trata do encontro de diversos sujeitos, encontramos o conceito de “rede de movimento social” estudado por SCHEREN-WARREN (2006, p. 115):

As redes, por serem multiformes, aproximam atores sociais diversificados – dos níveis locais aos mais globais, de diferentes tipos de organizações –, e possibilitam o diálogo da diversidade de interesses e valores. Ainda que esse diálogo não seja isento de conflitos, o encontro e o confronto das reivindicações e lutas referentes a diversos aspectos da cidadania vêm permitindo aos movimentos sociais passarem da defesa de um sujeito identitário único à defesa de um sujeito plural. (...) As redes, assim como qualquer relação social, estão sempre impregnadas pelo poder, pelo conflito,

bem como pelas possibilidades de solidariedade, de reciprocidade e de compartilhamento.

Uma dimensão importante a ser considerada é que essas iniciativas buscam sempre a participação social em seus processos, haja vista a participação ser um dos princípios norteadores das iniciativas de promoção da saúde.

E a participação?

Como se dá essa participação? Não há receitas prontas, tampouco modelos rígidos de participação. Afinal, o campo observacional acontece num espaço em que pulsa a vida em cada sujeito, seus valores, suas escolhas e o modo como transformam seus desejos em ações concretas. É nesse espaço, em sua dimensão social, que acontece a interação e a tensão entre sujeitos individuais e coletivos.

Aprofundando-se na questão da participação, vale a pena lembrar que no Brasil, com o fim da ditadura militar, iniciou-se a conformação de um novo contexto político-institucional que criou espaços institucionais para a participação e a representação política da sociedade civil, e iniciativas de descentralização (MOURA e SILVA, 2008). A Constituição de 1988 propiciou duas formas de participação: a participação direta através da expressão da soberania por meio de plebiscitos, referendos e iniciativas populares e a da representação, em que atores ou entidades da sociedade civil deliberam sobre políticas públicas (AVRITZER, 2006). A questão da representação e da participação proposta na Constituição de 1988, as experiências brasileiras participativas e as relações entre elas têm sido objeto de estudo de muitos autores (PINTO, 2004; AVRITZER, 2006; LÜCHMANN, 2007). Nesta pesquisa discutir-se-á a participação representativa que se insere no seio da democracia deliberativa, pela sua aproximação com o objeto de análise da tese.

A democracia deliberativa é considerada como:

(...) um modelo ou processo de deliberação política caracterizado por um conjunto de pressupostos teórico-normativos que incorporam a participação da sociedade civil na regulação da vida coletiva. Trata-se de um conceito que está fundamentalmente ancorado na ideia de que a legitimidade das decisões e ações políticas deriva da deliberação pública de coletividades de cidadãos livres e iguais. Constitui-se, portanto, em uma alternativa crítica às teorias “realistas” da democracia que, a exemplo do “elitismo democrático”, enfatizam o caráter privado e instrumental da política (LÜCHMANN, 2002, p. 19).

Em seu artigo *Espaços Deliberativos e a Questão da Representação*, PINTO (2004, p.103) discute a relação entre os princípios de participação e representação, embasada no livro *Inclusion and Democracy* (2002), da cientista política norte-americana Iris Young, pesquisadora do tema. PINTO (2004, p. 6) cita o argumento de Young em prol de uma democracia deliberativa:

No entendimento deliberativo da prática democrática, democracia não é somente um meio pelo qual cidadãos podem promover seus interesses e colocar o poder dos governantes em xeque. Ela também significa um meio de resolver os problemas coletivamente, e depende para a sua legitimação e bom andamento da crítica de opiniões diversas de todos os setores da sociedade.

Complementando essa afirmação de Young, que se refere à prática democrática como meio de resolver os problemas coletivamente, LÜCHMANN (2007, p. 143) entende que a democracia deliberativa reordena a lógica de poder tradicional, na medida em que considera que “(...) a legitimidade das decisões políticas advém de processos de discussão orientados pelos princípios de inclusão, pluralismo, igualdade participativa autonomia e bem comum”.

Discutir participação é discutir poder. No Brasil, o poder tradicional hegemonicamente concentrou-se nas mãos do Estado, em relações sociais de dominação. Como resultantes dessas relações, tem-se os exemplos de

ações clientelistas e paternalistas (BÓGUS e WESTPHAL, 2007). Estudos de SALES (1994) abordam o cerne da cultura política da dívida e ao conceito de cidadania concedida, legado do modelo escravista, em que os “direitos básicos à vida, à liberdade individual, à justiça, à propriedade, ao trabalho; todos os direitos civis, enfim, para o nosso homem livre e pobre que vivia na órbita do domínio territorial, eram direitos que lhe chegavam como uma dívida do senhor de terras”. Essa experiência histórica deixou resquícios na conformação da cultura político-institucional atual (GUIZARDI e PINHEIRO, 2006).

No país, na década de 1970, a redefinição das relações entre Estado e sociedade civil propiciou o surgimento de uma esfera societária autônoma, com novos espaços e formas de participação e relação com o poder público. Os movimentos populares e as instituições da sociedade civil se articularam e buscaram conquistar direitos civis e sociais. A década de 1980 foi marcada pelo fortalecimento da representação política da sociedade civil, causando expressivas transformações na relação sociedade civil/Estado (JACOBI, 1999). Na América Latina despontou um discurso oficial sobre a participação em função da necessidade de reintroduzir, na arena política, os movimentos sociais que então floresciam. No Brasil, isto se refletiu numa tendência consagrada na Constituição de 1988, com a criação de “vários espaços de participação cidadã na gestão de políticas públicas, sobretudo nas áreas de saúde, educação e assistência social” (COSTA, 2009, p.91).

Foi nesse espaço, cultural e politicamente construído, que se inseriu a participação institucionalizada sobre a qual se objetiva refletir: os conselhos. A Constituição de 1988 criou mecanismos de participação das comunidades locais em fóruns decisórios. TATAGIBA (2002, p. 49) descreve três tipos de conselhos em funcionamento no país, a partir da pesquisa/estudo “Conselhos Municipais e Políticas Sociais” (Instituto Brasileiro de Administração Municipal – IBAM, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA e Comunidade Solidária, em 1997):

Conselhos de programas:

(...) vinculados a programas governamentais concretos, em geral associados a ações emergenciais bem delimitadas quanto ao seu escopo e clientela (...). Dizem respeito não à extensão de direitos ou garantias sociais, mas a metas incrementais, em geral vinculadas ao provimento concreto de acesso a bens e serviços elementares ou a metas de natureza econômica (...). Exemplos são os Conselhos Municipais de Desenvolvimento Rural, de Alimentação Escolar, de Habitação, de Emprego, de Distribuição de Alimentos.

Conselhos de políticas:

(...) ligados às políticas públicas mais estruturadas ou concretizadas em sistemas nacionais (...). Neste grupo situam-se os Conselhos (...) de Saúde, de Assistência Social, de Educação, de Direitos da Criança e do Adolescente (...). Dizem respeito à dimensão da cidadania, à universalização de direitos sociais e à garantia do exercício desses direitos. Zalam pela vigência desses direitos, garantindo sua inscrição ou inspiração na formulação de políticas e seu respeito na execução delas.

Conselhos temáticos:

(...) sem vinculação imediata a um sistema ou legislação nacional, existem na esfera municipal por iniciativa local ou mesmo por estímulo estadual. Em geral, associam-se a grandes movimentos de ideias ou temas gerais que, naquele Município, por força de alguma peculiaridade de perfil político ou social, acolhem ou enfatizam o tema em sua agenda (...). Aqui, mais do que nas duas outras modalidades, os formatos são muito variáveis, embora, em geral, tendam a seguir as características principais dos conselhos de políticas, ou seja, a participação de representações da sociedade e assunção de responsabilidades públicas. Neste grupo, incluem-se os Conselhos Municipais de Direitos da Mulher, de Cultura, de Esportes, de Transportes, de Patrimônio Cultural, de Urbanismo etc.

Uma vez criados constitucionalmente em 1988, inúmeros processos de participação local se multiplicaram no país, apresentando limites e avanços. MILANI (2008) aponta dois limites críticos: quanto à forma

equitativa de participação, ou seja, embora se estimule o processo de participação de atores diversificados, nem sempre sua prática é efetiva, e a limitada participação de atores não governamentais dentro dos processos de tomada de decisões, pois muitas vezes ela ocorre apenas antes e depois da negociação. Nesse contexto de limitações, MILANI (2008, p. 555) questiona “a legitimidade do processo institucional participativo na construção do interesse coletivo”, e compreende que essa forma de participação “pode aumentar a qualidade de transparência dos dispositivos institucionais”, mas nem sempre legitima o processo participativo.

SOUZA (2004) descreve e analisa o sistema brasileiro de governança local pós-1988 e constata diferentes formatos que se estabelecem com a inserção desses novos atores no processo decisório local. Verifica a existência de experiências restritas de participação – resumidas à voz dos cidadãos –, até experiências que promovem mudanças mais significativas nas relações de poder entre os atores locais. Diante desses formatos, também questiona a suficiência de sua existência na representação do interesse coletivo e como “decisores” de fato.

Esses limites já apontados por SOUZA (2004) também são estudados por GOHN (2004), que alerta para a necessidade de mudanças culturais e cívicas no país, que tenham como marcos referenciais os princípios democráticos de justiça, liberdade, solidariedade e igualdade com respeito às diferenças, pois acredita que as mudanças democráticas só podem ser decorrentes de mudanças no Estado e também na sociedade civil. A autora remete-se ao conceito de participação cidadã, que redefine laços entre o espaço institucional e as práticas da sociedade civil organizada em que “O Estado reconhece a existência dos conflitos na sociedade e as divergências nas formas de equacionamento e resolução das questões sociais, entre os diferentes grupos, e participa da arena de negociação entre eles” (p. 29). Ainda segundo GOHN (2004, p. 29), para que essa participação seja qualificada ela deve ser ascendente, ou seja, composta por estruturas participativas organizadas pela própria sociedade civil.

GOHN (2003) relembra que, no final dos anos 1980, a denominação de participação cidadã e participação social se destacaram. O conceito de participação cidadã remete-se à “universalização dos direitos sociais, ampliação do conceito de cidadania, e em nova compreensão sobre o papel e o caráter do Estado, remetendo à definição das prioridades nas políticas públicas a partir de um debate público” (p. 57), ou seja, a participação passa a ser “concebida como intervenção social periódica e planejada, ao longo de todo o circuito de formulação e implementação de uma política pública”. Já a participação social⁴ remete à construção de um “modelo geral/ideal na relação sociedade/Estado”, em que o conceito de mobilização encontra-se ressignificado, pois a mobilização social passa a ser vista como “energias a serem canalizadas para objetivos comuns”.

Os espaços institucionalizados são recentes no país e ainda se observam fragilidades nessa prática de participação cidadã, tais como: a falta de prestação de contas dos representantes aos seus representados, e a falta de cobrança dos representados em relação às ações dos representantes (BÓGUS e WESTPHAL, 2007). Vale destacar também a descrença nos processos participativos que se apresentam como fragilidades importantes a serem consideradas.

Por certo, os avanços são muitos. Entre eles, o fato de os conselhos advirem da luta histórica dos movimentos sociais pela participação da sociedade na gestão de políticas sociais. GERSCHMAN (2004, p. 1.672) ressalta que, à época, tinha-se a suposição de que os conselhos:

(...) se tornariam canais efetivos de participação da sociedade civil e formas inovadoras de gestão pública a permitir o exercício de uma cidadania ativa, incorporando as forças vivas de uma comunidade à gestão de seus problemas e à implementação de políticas públicas destinadas a solucioná-los.

⁴ Esta tese adotou o termo de participação social para se referir aos processos participativos que ocorreram no PVSB.

Dessa forma, a sociedade “(...) teria a possibilidade de contribuir para a definição de um plano de gestão das políticas setoriais, conferindo maior transparência às alocações e favorecendo a responsabilização dos políticos e dos técnicos da administração pública” (GERSCHMAN, 2004, p. 1.672).

Considerando-se os espaços institucionalizados como possibilidades de mudanças nas relações entre Estado e sociedade e construção de uma participação cidadã, tem-se um elemento que não pode ser descartado: há no país milhares de pessoas envolvidas em conselhos. LABRA e FIGUEIREDO (2002) entendem serem esses espaços fundamentais para o desenvolvimento de atitudes cívicas comprometidas com o exercício da cidadania.

O papel indutivo do Estado como fortalecedor dos processos de democracia participativa é bastante estudado, devido à recente abertura da gestão pública à participação da sociedade civil, há pouco mais de vinte anos. Num estudo de JACOBI (2004, p. 288) sobre a gestão participativa de bacias hidrográficas no Brasil e os desafios do fortalecimento de espaços públicos colegiados, concluiu-se quanto à importância de se incrementar os meios e o acesso à informação nesses colegiados, bem como a necessidade de o poder público ofertar conteúdos informativos e educativos com o objetivo de ampliar as possibilidades de acesso, em especial, dos grupos sociais mais vulneráveis, às informações em torno de serviços públicos e, no caso estudado, também aos problemas ambientais.

Diante dos limites, avanços e potencialidades desses espaços deliberativos, outro tema merece ser abordado: a formação de conselheiros. BÓGUS (2009, p. 177) analisou seis conselhos gestores de políticas públicas da cidade de São Paulo e teve como um dos resultados “(...) que faltam aos conselheiros, conhecimentos, recursos argumentativos e força política para se posicionarem nas decisões dos Conselhos”. A partir dessas constatações e considerando que os espaços e as instâncias participativas estão consolidados institucionalmente e precisam ser mais qualificados, a autora concluiu a necessidade da formação das pessoas que ocupam ou

ocuparão esses espaços. Para tanto, BÓGUS (2009, p. 178) ressalta que os processos de capacitação de conselheiros devam contemplar, nas suas propostas de cursos, “(...) conteúdos voltados para uma formação política geral, sem deter-se, exclusivamente, em aspectos específicos ligados à área de atuação do conselho”.

A autora chama a atenção para o aspecto de que tradicionalmente as capacitações são feitas apenas para conselheiros, o que configura a possibilidade de se “criar um grupo elitizado que tenderia a perpetuar-se nas instâncias participativas”, o que poderia “reproduzir mecanismos de exclusão social presentes na sociedade brasileira” (BÓGUS, 2009, p. 178). Como proposta para a ampliação e maior capilaridade das mais diversas experiências associativas no meio urbano, propõe o desenvolvimento de iniciativas de formação dirigidas também a instituições e associações que estão fora do sistema político tradicional, de forma participativa, em todas as etapas: nos objetivos, no desenvolvimento e na execução das atividades.

Em relação à fragilidade apontada anteriormente de descrença no processo participativo, tem-se os estudos de LABRA (2005) quanto aos dilemas, avanços e desafios nos conselhos de saúde, em que descreve a percepção de conselheiros do Rio de Janeiro quanto à participação e ao controle social. Os achados, entre os conselheiros do segmento dos usuários, apontam o descrédito dos mesmos quanto ao controle social, vinculado às questões de desrespeito às deliberações dos conselheiros, às regras de paridade, à complexidade técnica das discussões e às desigualdades do país. As conclusões sinalizaram a falta de confiança no poder público, tanto na capacidade de atendimento das demandas, quanto à possibilidade do exercício do controle social pelos conselheiros.

Um outro estudo sobre a questão da participação no campo da saúde é o de ZIONI e WESTPHAL (2007, p. 33) que apresentam a seguinte reflexão:

Na contemporaneidade a questão social não diz respeito à promoção de uma cidadania abstrata, mas sim à criação de espaços onde essa cidadania possa se enraizar em experiências individuais concretas. O que se discute agora não é mais simplesmente integrar e socializar indivíduos para transformá-los em cidadãos. Trata-se, ao contrário, de criar condições sociais que permitam a cada pessoa aceder com sua particularidade à cidadania e construir sua vida com o máximo de autonomia, tornando-se sujeito de direitos.

Com essas colocações, entendemos que iniciativas que respeitem os princípios da promoção da saúde, podem se tornar espaços possibilitadores de experiências de participação efetiva e de exercício da cidadania.

E a Intersetorialidade?

MENDES e AKERMAN (2007a, p.94) analisaram três conceitos de intersetorialidade, um voltado para a dimensão que enfatiza o papel de sujeitos, outro que enfatiza o papel de organizações e o terceiro que tem um posicionamento político e entende a intersetorialidade como meio e não um fim em si mesma. O primeiro conceito é dos autores Feuerwerker e Costa, em *Intersetorialidade na Rede Unida* (2000), os quais a compreendem como a “(...) articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos” (ibid). O conceito de Junqueira (2000) enfatiza a intersetorialidade como um “(...) movimento articulado e integrado de recursos e processos organizacionais na formulação e implementação de políticas públicas em territórios específicos” (MENDES e AKERMAN, 2007a, p.94). E, por fim, o conceito de Junqueira e Inojosa, em *Desenvolvimento Social e Intersetorialidade: a Cidade Solidária* (1997), destaca o componente político envolvido e seu caráter de procedimento de “meio” e não como fim em si mesma: “A intersetorialidade é vista como uma articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social para superar a exclusão social” (p.95). A partir

dessas conceituações, os autores sintetizam elementos importantes para a compreensão do conceito:

(...) articular sujeitos e processos organizacionais, superar fragmentações, tomada do território como referência para as ações, sinergia para dar potência no enfrentamento de problemas complexos e, por fim, a intersectorialidade como meio e não fim em si mesma para produzir melhor saúde, efetivar políticas públicas e enfrentar exclusão social MENDES e AKERMAN (2007a, p. 95).

Nessa perspectiva da compreensão do conceito, a questão de como articular sujeitos e processos organizacionais e superar as fragmentações em dado território requer reflexão, pois na prática da gestão municipal ainda é frequente o caráter setorial de ações, programas, projetos e intervenções. Os desafios são muitos e esbarram na prática da ação setorial, expressa na cultura organizacional do aparato administrativo. Esse entendimento da prática setorial está fundamentado no pensamento cartesiano, ainda decorrente da forma como as ciências foram se consolidando: de compreensão disciplinar, esgotando os saberes em cada disciplina.

Em seus estudos ALMEIDA FILHO (2005, p. 33) contextualiza o pensamento cartesiano:

No sentido cartesiano, conhecer implicava necessariamente uma etapa inicial de fragmentação (para ser mais claro, de destruição) da coisa a ser transformada em objeto de conhecimento. Este seria o preço mínimo que se deveria pagar para ascender ao conhecimento racional. Então o princípio da parcimônia, no sentido da simplificação reducionista, validaria os modelos explicativos do novo modo de produção de conhecimento – pois o conhecer reduzia o agora objeto aos seus componentes elementares.

Nesse mesmo estudo, ALMEIDA FILHO (2005) descreve as teorias contemporâneas que tentam romper com pensamento reducionista. Entre elas, descreve a introdução ao pensamento complexo, do pensador Edgar Morin, que critica o pensamento disciplinar e propõe a compreensão do todo, na tentativa de religar os saberes. Para ALMEIDA FILHO (2005, p. 34),

essas ideias foram se unificando e resultaram no paradigma da complexidade, compreendido como: “(...) produto da cultura e da história humanas como qualquer outra construção social, resulta de uma prática social-intelectual-institucional chamada ciência, não sendo definível, em uma perspectiva essencialista, por sua maior ou menor aproximação a processos factuais de uma realidade absoluta”.

É necessário refletir sobre dois pontos: o primeiro diz respeito à posição do Estado nesse processo, ou seja, um interesse por parte dos governos locais na mudança de prática organizacional, de sua estrutura administrativa e da forma como estabelecem relações com outros setores, a vontade política de se avançar na superação da fragmentação dos processos, programas, ações desenvolvidos no território. Nessa dimensão, é que se inserem as reflexões de FERNANDEZ e MENDES (2007, p. 55) sobre a gestão intersetorial:

A perspectiva de intersectorialidade adequada a esse modelo de gestão integrada não responsabiliza unicamente um setor de governo, nem também setores a ele articulados, mas inclui, necessariamente, a sociedade – seus segmentos, representações etc. –, cabendo ao gestor público exercer o papel de articulador, mobilizador e catalisador para que os efeitos das políticas públicas sejam potencializados.

O segundo ponto diz respeito à cultura que se estabelece nesses espaços, uma vez que “(...) intersectorialidade é processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais” e mais além, porque a intersectorialidade implica na “(...) existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população” (CAMPOS et al., 2004, p. 747).

A necessidade do diálogo na mudança da prática e cultura organizacional também foi lembrada por TEIXEIRA (2004, p. 44) ao afirmar que:

(...) a diversificação dos problemas e objetos de investigação e intervenção, a multiplicidade de abordagens desses problemas, demanda o estabelecimento de diálogos interdisciplinares e a ampliação do debate em torno de alternativas de política e ampliação do leque de ações possíveis para promoção, proteção e preservação da saúde individual e coletiva, balizadas por valores éticos e políticos que dêem suporte a práticas consentâneas com a preservação e criação de “modos (saudáveis) de andar a vida”.

Essas considerações nos permitem concluir que a intersectorialidade desencadeia um processo de reconstrução da forma de viver, em que pesem novos conceitos, novas posturas individuais e coletivas e novas relações diante da realidade que clama por mudanças voltadas à promoção da vida. Como ideia nova, perpassa por muitos obstáculos e resistências, pois envolve mudanças de valores, de cultura. Como reflete JUNQUEIRA (2004, p. 27) a ação intersectorial é um “(...) processo de aprendizagem e determinação dos sujeitos, que deve resultar em uma gestão integrada, capaz de responder com eficácia à solução dos problemas da população de um determinado território, saindo, entretanto, do âmbito da necessidade para o da liberdade”.

Como estratégias têm-se a introdução de práticas de planejamento e avaliação participativas e integradas que possibilitam o compartilhamento de informações e a capilaridade ao controle social.

TEIXEIRA (2004, p. 44) aponta a necessidade de se institucionalizar o planejamento situacional, com o objetivo de se modificar a prática e a cultura organizacional, o que:

(...) implica enfrentar o desafio de constituir sujeitos competentes tecnicamente, comprometidos politicamente e sensibilizados com os valores que animam o debate sobre a formulação e implementação de PPS [Políticas Públicas Saudáveis], isto é, o direito à saúde, à defesa da vida, à luta pela justiça social e à ressignificação dos ideais de participação política e solidariedade social no contexto contemporâneo.

A motivação às práticas intersetoriais deve ser constante, para que os atores governamentais se voltem a uma gestão que priorize a integração de políticas que busquem uma nova racionalidade governativa. Embora alguns setores da administração possam apresentar resistências às mudanças, há que se investir em novos desenhos de implementação de políticas (WESTPHAL e ZIGLIO, 1999).

E, por que ocorrem resistências às mudanças em alguns setores administrativos? Essas colocações remetem à reflexão sobre a Teoria da Burocracia de Max Weber e seu desdobramento nas instituições da administração pública até os dias atuais. Max Weber, conhecido como um dos fundadores da sociologia clássica, estudou os tipos de sociedade e os tipos de autoridade para melhor compreender as formas de organização humana no sistema de produção. A Teoria da Burocracia de Max Weber tem seu enfoque na racionalidade burocrática, ou seja, “na adequação dos meios aos objetivos (fins) pretendidos, a fim de garantir a máxima eficiência possível no alcance desses objetivos” (CHIAVENATO, 2003, p.258).

Mas, para entender as formas de organização, Weber aprofundou-se nos conceitos de autoridade e poder, compreendendo a autoridade como a representação do poder institucionalizado, ou seja, “a probabilidade de que um comando ou ordem específica seja obedecido” (Weber apud CHIAVENATO, 2003, p.259); enquanto o poder seria a “probabilidade de impor a própria vontade dentro de uma relação social, mesmo contra qualquer forma de resistência e qualquer que seja o fundamento dessa probabilidade” (Ibid). Assim, nas organizações burocráticas, as relações de poder têm um componente de dominação imbricado nelas, uma vez que a autoridade aceita e proporcionadora de poder se reflete nos atos impostos do dominador sobre os dominados. Entendemos assim, que essa dominação tem um caráter de racionalidade-legal (CRUBELLATE, 2004). O caráter legal é uma característica das organizações burocráticas, uma vez que essas são estruturas sociais regidas por normas e leis que conferem aos dominadores a autoridade do poder. E, o caráter racional diz respeito à busca da

eficiência das organizações, pois a divisão do trabalho atende ao objetivo fim pretendido (CHIAVENATO, 2003).

Mas, a Teoria Burocrática de Max Weber, ao longo dos anos, foi muito estudada e criticada. Entre estes, Robert Merton, em seus estudos sobre as consequências desejadas da burocracia encontrou as não desejadas, as quais denominou disfunções da burocracia, que foram descritas por CHIAVENATO (2003, p.268):

- Internalização das normas – há transformação das normas e regulamentos em objetivos, e não mais meios.
- Excesso de formalismo e papelório – volume excessivo de papelório e formalismo.
- Resistência a mudanças – resistência a qualquer tipo de mudança que possa ser implementada na organização, pois os funcionários acostumam-se com as tarefas rotineiras.
- Despersonalização do relacionamento – impessoalidade nos relacionamentos, pois são valorizados cargos, e não pessoas.
- Categorização do relacionamento – utilização da categorização no processo decisório, o que facilita o processo decisório, que sempre é exercido pelo cargo mais hierárquico.
- Superconformidade – as regras são estabelecidas e seguidas, comprometendo a flexibilidade do trabalho.
- Exibição de sinais de autoridade – utilização de símbolos e sinais para a demonstração de autoridade.
- Dificuldade com clientes – tendência à defesa contra as pressões externas à burocracia, decorrente do modelo voltado para o interior da organização.

Com essas colocações, é necessário refletir sobre as mudanças que ocorreram nas administrações municipais do sistema brasileiro. Essas advêm dos anos de 1990, em que a democratização, a globalização e a crise fiscal impuseram novos padrões de relacionamento entre o Estado, o mercado e a sociedade civil.

A redefinição dos modelos de gestão pública passou a ser perseguida para que se pudessem produzir respostas mais eficientes para a sociedade. Para tanto, a configuração de um novo modelo de governança na produção de políticas públicas, a remodelação dos sistemas hierárquicos de autoridade passaram a ser uma necessidade, no sentido de serem mais compatíveis com a expansão das liberdades e a competição política do mundo contemporâneo (REZENDE, 2009).

Sob este enfoque, as considerações de ABRUCIO (2007, p. 75) são pertinentes: “Se o formalismo e a rigidez burocrática devem ser atacados como males, alguns alicerces do modelo weberiano podem, porém, constituir uma alavanca para a modernização (...)” E, o autor complementa: “para reformar a gestão pública brasileira depende, como em qualquer outro campo de políticas públicas, não só de idéias e análises. Acima de tudo, é preciso constituir coalizões” (p.85).

E a Sustentabilidade?

Assim como a participação social e a intersetorialidade, a questão da sustentabilidade é estudada com frequência em iniciativas de promoção da saúde. SHEDIAC-RIZKALLAH e BONE (1998), SWERISSEN e CRISP (2004), PLUYE et al. (2004), HARVEY (2005), MENDES (2006)⁵ estudaram os conceitos de sustentabilidade presentes na literatura e apontaram a falta de um consenso entre os conceitos existentes, embora cada vez mais o termo esteja presente em avaliação de iniciativas em promoção da saúde.

MENDES (2006, p. 16), estudiosa da sustentabilidade relacionada às políticas públicas, realça que essa temática vem sendo abordada por diversos autores e relacionada em muitos trabalhos com o conceito de “continuidade, de programas, de projetos, de ações e de parcerias”. Os

⁵ MENDES *Relatório CNPq*. 2006. Relatório (Pós-Doutorado em Saúde Pública) – School of Medicine, Masters in Public Health Program, University of New Mexico, New Mexico.2006. Cedido pelo autor.

estudos dessa autora chamam atenção para os conceitos estudados na atualidade: artigos que propõem a definição de indicadores, ou categorias de indicadores para serem utilizados no monitoramento da sustentabilidade, artigos que se referem a “continuidade/descontinuidade de programas” e também artigos voltados para o conceito de desenvolvimento.

SHEDIAC-RIZKALLAH e BONE (1998) ressaltam a importância de se ter claro o conceito de sustentabilidade no planejamento de uma iniciativa e também dos indicadores operacionais que podem ser utilizados no monitoramento da sustentabilidade ao longo do tempo. Eles apontam para a multidimensionalidade do conceito de “(...) continuidade do processo e que o termo engloba uma diversidade de formas que este processo pode ter” (p. 92). Foi nessa reflexão que HARVEY (2005, p. 2) se apoiou para afirmar que o significado de sustentabilidade deve estar “(...) baseado no reconhecimento que qualquer definição efetiva necessitará refletir sobre as expectativas específicas do programa ou contexto no qual a palavra sustentabilidade esteja sendo aplicada”.

No âmbito do Brasil, o estudo de LIMA et al. (2004) analisa a eficácia de um programa social de promoção da saúde realizado em condições macroestruturais adversas (Programa Escola de Pais, da 1ª Vara da Infância e Juventude do Rio de Janeiro). Na análise, para esses autores, a questão da sustentabilidade foi definida como “A capacidade de manter o programa e seus resultados favoráveis, com base numa avaliação múltipla e integrada ao processo, capaz de propiciar correções e regulações, com continuidade” (p. 684). Nesse sentido, a avaliação de processo manifesta-se como elemento importante para o conceito de sustentabilidade em iniciativas promotoras de saúde.

MENDES (2006, p. 15) questionou o tema de sustentabilidade mais além do que o conceito:

Por que os projetos, programas e ações devem se manter?
Quem avalia se essas políticas estão sendo relevantes do ponto de vista social, no enfrentamento das desigualdades e

iniquidades, e por isso devem ter longevidade? Por que devemos “sustentar” uma política? Não seriam as mudanças necessárias para dar movimento e reavaliar constantemente os rumos de uma política?

MENDES (2006) buscou explicações na revisão de artigos que abordavam o tema, mas aprofundou-se nas questões a partir das respostas encontradas em sua pesquisa realizada no Novo México, em que indagou ao grupo de trabalho do Department of Health (DOH) o significado da sustentabilidade nos projetos desenvolvidos pela equipe envolvida. As respostas foram agrupadas nas seguintes categorias:

1. Continuidade de projetos, programas e ações.
2. Ter relação com os resultados e impactos.
3. Estar relacionado com desenvolvimento sustentável – especialmente literatura da América Latina.
4. Ter relação com a criação de novas institucionalidades – novas relações entre estado e sociedade civil, que supõe criação de redes cooperativas.
5. Ter relação com a durabilidade de recursos.
6. Ter relação com os princípios.

Entretanto, além do conceito estudado, MENDES (2006) também encontrou em sua pesquisa aspectos dinamizadores ou não da sustentabilidade que devem ser considerados ao se analisar as iniciativas de promoção da saúde. Dessas considerações, algumas dimensões foram observadas quanto à perspectiva de facilitar a sustentabilidade e outras dimensões quanto à de dificultar ou serem desafiadores para a sustentabilidade de promoção da saúde (Quadro 1).

Quadro 1 - Aspectos dinamizadores da sustentabilidade em promoção da saúde.

Facilitadores	Desafiadores/Dificultantes
<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Descentralização</u> e importância do <u>contexto local</u> 2. Captar <u>as motivações</u> para promover mudanças 3. Trabalhar com as comunidades 4. Planejar, implementar e avaliar 5. Criar uma <u>visão comum</u>/consensuar <u>valores de futuro</u> 6. Criar uma <u>capacidade organizacional</u>/recursos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Pouca participação</u> comunitária 2. Existência de <u>diferentes agendas</u>: dificuldades de manter redes 3. Definição pouco clara sobre o <u>significado da promoção da saúde</u>/ Falta de um Modelo lógico de análise 4. Interferência de <u>macro fatores</u> 5. Baixa <u>capacidade gerencial/profissional</u> 6. Falta de um <u>plano estratégico</u>

Fonte: MENDES, 2006, p. 19-21.

Diante dessa aproximação conceitual do tema da sustentabilidade das iniciativas de promoção da saúde, ressaltam-se as afirmações de FERNANDEZ e MENDES (2007, p. 58-59) que, para a sustentabilidade de políticas, há elementos importantes a serem considerados: “uma sistemática leitura do território e das necessidades locais ou inovar na busca de ações integradas”, bem como “investir na construção de uma participação social informada e solidária”. Um processo participativo e informado “em que haja clareza sobre as limitações físico-orçamentárias da gestão e certeza sobre a co-autoria, ou co-gestão nas experiências ou iniciativas bem-sucedidas”. E, sistematizam quanto à sustentabilidade das políticas:

Um modelo de gestão dessa natureza diversa e plural pode agregar mais crítica, qualidade e pertinência às ações e políticas, o que, por si só, confirma a sustentabilidade delas e, também, com as tais características, e envolto pela idéia do compartilhamento de responsabilidade e de poder; aproxima-se e vincula-se mais à noção de política pública, ao mesmo tempo que se afasta da disputa partidária, na qual as ameaças à sustentabilidade se ampliam (p. 59).

Algumas considerações sobre Determinantes Sociais da Saúde e Promoção da Saúde

Por certo, estamos diante de dois movimentos que tiveram caminhos paralelos, mas não antagônicos ou excludentes: os movimentos de promoção da saúde e dos DSS. A promoção da saúde foi se consolidando a partir dos relatórios Lalonde e das Conferências de Promoção da Saúde, tentando estabelecer uma agenda internacional apoiada pela OMS. No decorrer do processo, a vertente comportamental da promoção da saúde assumiu o lugar preponderante e as discussões pautaram-se de forma veemente para os estudos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis. Hoje, inúmeras iniciativas propagam-se pelo mundo, com diferentes enfoques, sejam comportamentais, sejam de forma mais abrangente, mas respeitam e preconizam os princípios da participação social e da ação intersetorial em políticas e programas realizados.

O estabelecimento da CDSS fez revigorar o debate sobre os DSS, mas o Relatório produzido tem sido criticado pela pouca menção ao estabelecimento de uma intervenção política expressiva no âmbito global, papel esperado da OMS. O documento é elogiado pelo seu cunho acadêmico, mas há dúvidas quanto à possibilidade concreta da repercussão de suas ideias nos âmbitos locais, na gestão de práticas, onde a vida é vivida, percebida e sentida. Difere-se da vertente comportamental da promoção da saúde na medida em que tem um enfoque mais direcionado ao social, no entanto, carece de propostas de mudanças políticas expressivas que modifiquem a atual estrutura social, conforme a teoria da determinação social da saúde. É necessário que haja a convergência de esforços e agendas desses dois movimentos e isto parece ser o desafio atual da OMS: romper com as fragilidades internas de seu próprio corpo técnico, e ousar em proposição de mudanças que rompam com o atual modelo de desenvolvimento que ainda gera iniquidades em saúde dentre e entre os países.

1.4 O CONTEXTO – CIDADE DE CAMPO GRANDE – MATO GROSSO DO SUL

Campo Grande, capital do estado desde 1977, está localizada na porção central do estado de Mato Grosso do Sul. É considerada, por sua localização geográfica, capital do ecoturismo nacional e a porta de entrada do Pantanal (um dos santuários ecológicos mundialmente conhecidos). Pretende-se neste texto, situar o leitor quanto ao contexto da cidade e ao processo em que se deu a iniciativa PVSB, experiência estudada nesta tese.

A emancipação de município aconteceu em 26 de agosto de 1899. Seu fundador, José Antonio Pereira, morador de Montes Alegres, no Triângulo Mineiro, sofrendo as consequências da Guerra da Tríplice Aliança, rumou nos idos de 1872, para um lugar de campo grande e aberto com terras férteis, o atual município de Campo Grande. Nos idos de 1879, novas caravanas mineiras começam a rumar para a então vila, e lá tiveram início as formações das primeiras fazendas. Com esse processo e considerando-se a atração do clima e da localização geográfica, surgia uma cidade povoada pela aspiração de pessoas que queriam um lugar para morar e trabalhar. Como a pecuária era a primeira atividade comercial, a vila organizou-se entre a realização dos negócios do gado e a implantação de bares, cabarés, casas de jogo, pensões e armazéns.

Em 1900, já existia a primeira estrada que ligava Campo Grande ao Porto XV, em São Paulo, mas a travessia do Rio Paraná foi viabilizada somente a partir de 1906, o que significou, à época, um grande avanço econômico para toda a região sul do estado de Mato Grosso.

Data de 1909 o desenho de uma planta de alinhamento das ruas da cidade, em forma de tabuleiro de xadrez, com vias largas, calçadas e praças, no propósito de ordenar espacialmente a cidade. Esse desenho foi seguido durante as próximas décadas e teve a influência de dois critérios: a

lógica capitalista – que diferenciava áreas de circulação e concentração –, e o caráter higienizador para a cidade – decorrente das epidemias que assolavam as cidades portuárias (SILVA, 2007).

Em 1914, um novo avanço: a implantação da ferrovia pela Companhia de Estrada de Ferro Noroeste do Brasil. Isso influenciou acentuadamente a ocupação urbana, deslocando o centro político do sul do estado, de Nioaque para Campo Grande, a ponto de esta se tornar a capital militar, em 1921, com a transferência do Comando da Circunscrição Militar de Corumbá para o território campo-grandense (CAMPO GRANDE, 2006d).

Com a implantação da ferrovia a cidade passou a ter um crescimento econômico expressivo, sendo considerado o principal centro de mercadorias do sul de Mato Grosso, lugar anteriormente ocupado por Corumbá. Além disso, possuía vínculos econômicos com o Rio de Janeiro e São Paulo (SILVA, 2007).

Por volta de 1917 ocorreu a instalação de quartéis em torno dos quais a cidade se desenvolveu. Todo o crescimento da região ocorreu a partir da Guerra do Paraguai, pela decisão do Governo de ocupação das terras aproveitando o traçado da Noroeste do Brasil e de outras providências, tais como o aquartelamento das tropas na região, desde Ponta Porã, Bela Vista, Porto Murtinho até Campo Grande. A partir disso, Campo Grande passou a ser ponto estratégico dos militares, o que potencializou seu desenvolvimento (BUAINAIN, 2006).

Em 1932, na Revolução Constitucionalista contra Getúlio Vargas, Campo Grande aliou-se a São Paulo, o que estabeleceu um clima de rivalidade com a capital mato-grossense Cuiabá. Apesar do insucesso da revolução, iniciava-se a vontade divisionista, que passou a se apoderar do sul do estado de Mato Grosso. A ferrovia já havia ultrapassado as barreiras apresentadas pelos córregos Prosa e Segredo, às margens dos quais se desenvolveu a cidade antes da estrada de ferro. Todo esse processo possibilitou o fluxo migratório: contribuiu para a vinda de italianos, árabes,

espanhóis, portugueses e, principalmente, japoneses que ocupam a cidade até os dias atuais.

BOURLEGAT (2000) lembra que a implantação da ferrovia propiciou um grande desenvolvimento para a cidade à época e, concomitantemente a isso, a elite passou a pressionar as autoridades locais para a regulamentação da estrutura urbana. Essa pressão contribuiu para a criação de leis que ordenaram seu crescimento. Surgiu assim, na década de 1940, o primeiro Plano Diretor, Lei nº 39, de 31 de janeiro de 1941, que dividiu o espaço urbano em cinco zonas de uso e ocupação.

O poder público municipal sempre esteve atento ao adensamento populacional e obteve sucesso na assimilação do contingente populacional até a década de 1940. No entanto, SILVA (2007), apoiado nos estudos de Oliveira Neto (2005), recorda que a cidade, da década de 1940 até 2000, sofreu grande êxodo rural e um adensamento populacional significativo, devido a dois importantes fatos: a implantação do sistema de transportes rodoviários, que intensificou a ligação do polo industrial do Sudeste ao Estado, e a expansão e modernização da atividade agropecuária, fomentando o êxodo rural. Aliadas a esses fatos, estavam a organização e a estruturação da infraestrutura de comércios e serviços na cidade, criando a perspectiva de um dinamismo pujante, atrativo aos migrantes do espaço rural e de outras localidades.

Assim, a cidade da década de 1950 era muito diferente da cidade da primeira década dos anos 2000, já que seus limites territoriais abrangiam os municípios atuais de Sidrolândia, Terenos, Bandeirantes, Jaraguari e Alvorada. A cidade fazia fronteira com Ribas do Rio Pardo, Maracaju e Rio Brilhante, com distâncias geográficas expressivas e populações diferenciadas (BUAINAIN, 2006). Ainda em 1950, avanços consideráveis foram registrados na história do município: a instalação da Companhia Telefônica de Campo Grande e o asfaltamento do trajeto do centro da cidade à Base Aérea.

Relato histórico da cidade, feito pelo prefeito da época Wilson Fadul (26/1/1953 a 31/1/1955), descreve o cenário urbano da cidade:

Não existiam favelas; tinha bairros pobres, mas não favelas. Tinha o núcleo central e aqueles apêndices. Campo Grande era ocupada em função da renda, claro. O pessoal que trabalhava no Exército e tinha rendimentos mais baixos ficava no Bairro Amambaí, em frente aos quartéis. A Vila Carvalho, ligada ao curtume, era um bairro pobre, mas arrumado, onde cada um tinha seu lote e sua casinha de tábuas ou de material. Havia o Cascudo, bairro antigo, com algumas edificações, mas não era um bairro pobre, miserável. Tinha vida própria, tinha comércio, não era um bairro de segunda ordem. Campo Grande era isso. Não havia miséria (BUAINAIN, 2006, p. 51).

Wilson Fadul também relata o planejamento urbano no período de seu mandato, e descreve sua percepção da possibilidade de crescimento da cidade: “Na época não se falava em planejamento. (...) Já se pressentia que a cidade cresceria em todas as direções. A topografia da região permite esse crescimento” (BUAINAIN, 2006, p. 53). Essa visão do futuro se concretizou ao longo do tempo, haja vista o fato de a cidade na atualidade ser espalhada, devido a suas características planas, suaves ondulações e baixa declividade.

Entre as décadas de 1950 a 1970, o Governo Federal promoveu políticas de interiorização da ocupação do território nacional, refutando os chamados regionalismos e, principalmente, os movimentos divisionistas. A criação do Território Federal de Ponta Porã e a implantação da Colônia Agrícola de Dourados tinham como objetivo dinamizar a ocupação do sul de Mato Grosso, porém não incluíam Campo Grande. O movimento divisionista parecia fadado ao insucesso, sem o apoio de partidos políticos, ainda que presente nos artigos de jornais como o Correio do Estado, fundado em 1954.

A explosão da malha urbana ocorreu a partir da década de 1960, com surgimento de loteamentos afastados do centro para abrigar a população de baixa renda que se dirigia em fluxos cada vez maiores para a cidade. Mas, a expansão não se deu de forma contínua, era um misto de áreas loteadas

entremeadas por glebas não loteadas (CAMPO GRANDE, 2006d).

Também na década de 1960, mais especificamente em 1962, surgiram os primeiros cursos de nível superior: Farmácia e Odontologia, frutos da criação da Faculdade de Farmácia e Odontologia de Campo Grande, primórdios da Universidade Estadual de Mato Grosso, federalizada em 1979, depois da divisão do estado, com a criação da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, pela Lei nº 6.674, de 5 de julho de 1979 (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL⁶).

Foi em 1977 que ocorreu a divisão do estado de Mato Grosso e a cidade de Campo Grande tornou-se a capital. O fator determinante dessa divisão foi gestado no contexto da ditadura militar, que considerava a redivisão territorial impulsionadora do capitalismo no Brasil, baseando-se em estudos da Escola Superior de Guerra. Foi, então, que o Presidente Ernesto Geisel, em 11 de outubro de 1977, assinou a Lei Complementar nº 31, através da qual foi criado o estado de Mato Grosso do Sul, pelo desmembramento de área do estado de Mato Grosso e estabelecido que a cidade de Campo Grande era a capital do estado.

A partir dessa lei, teve início um período de adaptação da cidade ao seu novo papel, mesclado aos interesses do governo estadual e suas demandas, uma nova agenda política e um crescimento em ritmo acelerado. Bairros proliferaram e o desenho urbano se alterou, passando da concepção inicial, em xadrez, para um sistema viário radial, no sentido bairro centro, espalhando a cidade para todos os lados, alternando adensamentos urbanos com espaços vazios e dificultando o acesso entre os bairros (CAMPO GRANDE, 2007).

O relato de Marcelo Miranda Soares, primeiro prefeito da capital, no período de 31/1/1977 a 29/6/1979, descreve o contexto de sua

⁶ UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL. *Histórico da UFMS*. Disponível em: <<http://www.preg.ufms.br/cda/catalogo2002/HISTORICO.htm>>. Acesso em: 8 nov. 2009.

administração à época:

(...) nosso olhar deveria se voltar para o horizonte e acreditar que essa divisão nos impunha como obrigação construir tudo aquilo que fosse necessário para transformar Campo Grande numa capital, dotando-a de infraestrutura bastante diferente da de uma cidade comum do interior (BUAINAIN, 2006, p. 217).

Começava, assim, o planejamento urbano da então capital. Com a consultoria de Jaime Lerner – arquiteto e urbanista de Curitiba-PR –, planejou-se a estrutura urbana, a malha viária, a criação de áreas de lazer e cultura, jardins e praças e, em especial, a criação da Lei de Uso do Solo, Lei nº 1.747, de 29 de maio de 1978, que previa a descentralização de comércios e serviços nos corredores viários das saídas da cidade. Segundo Marcelo Miranda Soares, “A cidade, hoje, obedece às diretrizes de crescimento ditadas pela legislação, daquela época, naturalmente que modificada pela Câmara de Vereadores, na medida de suas necessidades” (BUAINAIN, 2006, p. 222). O prefeito considera que tudo foi planejado à época, mas pouco foi efetivamente executado.

A cidade apresentou um desordenado crescimento, com adensamento urbano nas saídas da cidade, devido ao fluxo migratório intenso que ocorreu no período de 1970 a 1980, cuja taxa de crescimento anual chegou a ser 7,61%. Esse crescimento declinou para 5,51 no período de 1980 a 1991, 2,64%, de 1991 a 2000 e 1,33%, de 2000 a 2007 (CAMPO GRANDE, 2009). Para se ter uma ideia desse crescimento, estudos de ANDRADE e SERRA (1999) quanto às taxas anuais de crescimento das cidades médias não-metropolitanas no período de 1970 a 1991 posicionam a cidade de Cuiabá em primeiro lugar com a taxa de 7,41%, seguida de Campo Grande com a taxa de 6,77%. O cenário, em 1985, era de adensamento populacional expressivo, desorganização da estrutura urbana e várias tentativas anteriores de planos de intervenção para o ordenamento urbano não tão bem-sucedidas. SILVA (2007) analisou esse quadro e pontuou que uma das hipóteses para isso ter ocorrido pode ter sido o fato de

todas as tentativas de intervenção não respeitarem as reais necessidades da população, pois foram realizadas por técnicos que desconheciam a realidade vivida e sem discussão e participação da comunidade.

Em 1985, tomou posse o primeiro prefeito eleito da capital, Juvêncio César da Fonseca (1/1/1986 a 31/12/1988), que descreveu o cenário encontrado:

Uma cidade de 350 a 370 mil habitantes, mais ou menos, que crescia desordenadamente, de maneira vertiginosa, a uma taxa de 7 a 8% ao ano, uma das maiores do país e, no que diz respeito a sua estrutura urbana, com diversas propostas feitas de ordenamento anteriormente, requerendo uma estrutura legal que pudesse garantir um planejamento urbano condizente com aquele crescimento (BUAINAIN, 2006, p. 337).

Assim, com a Lei nº 2.383, de 11 de maio de 1987, foi criada a Estrutura Básica da Secretaria Municipal do Planejamento, a Unidade de Planejamento Urbano de Campo Grande, encarregada de formular a política urbana da cidade. O prefeito relatou que foi criada uma comissão técnica para discutir o processo de planejamento urbano, mas priorizava-se a criação de uma cultura preocupada com o urbanismo, com o futuro da cidade, e o fomento da administração participativa.

De forma institucionalizada, a participação da comunidade nas discussões sobre política urbana se formalizou com a criação do Conselho Municipal de Desenvolvimento Urbano (CMDU), pelo Decreto nº 5.484, de 9 de março de 1987, que só foi implantada no final de 1988. Segundo SILVA (2007), esse foi o momento do fim da administração autoritária, quando ocorreu a abertura na gestão pública municipal e teve início o processo de descentralização, no intuito de se compatibilizar as decisões do executivo com as vontades da população.

Em relação à criação do CMDU e seu papel no fomento da participação, tem-se as reflexões de SILVA (2007, p. 88): “O conselho foi criado ‘para ser uma válvula de acesso ao poder público’ e ser o

intermediário entre a população e a Prefeitura, na formulação de projetos antes destes serem encaminhados para a Câmara de Vereadores”. E, também, o desejo do CMDU não ser o único espaço de participação e a necessidade de criação de conselhos que “permitissem a descentralização espacial do processo decisório, através da criação, por exemplo, de conselhos distritais, de conselhos por bairros ou regiões administrativas” (p. 89). Nesse processo de planejamento urbano de Campo Grande foi aprovada a Lei nº 2.567 – Ordenamento do Uso e de Ocupação do Solo –, em 8 de dezembro de 1988, que definiu padrões de loteamento conforme a infraestrutura exigida, bem como compatibilizou a zona aos usos permitidos (residencial, comercial, lazer etc.). Com o crescimento da cidade, no decorrer dos anos, essa lei sofreu diversas alterações e foi revogada pela Lei Complementar nº 74, de 6 de setembro de 2005, que instituiu a nova hierarquização do sistema viário: via de trânsito rápido, via arterial, via coletora, via local e ciclovia (CAMPO GRANDE, 2007).

Foi em 1995, que Campo Grande teve seu primeiro Plano Diretor, por meio da Lei Complementar nº 5, de 22 de novembro de 1995, com foco principal no cumprimento da função social da cidade e da propriedade e na criação de um sistema de planejamento e gestão democrática da cidade.

Esse plano criou os Conselhos Regionais e reforçou sua atuação no Sistema Municipal de Planejamento (SMP). Conforme registrado em documento o SMP é:

(...) a estrutura formada pelo Poder Executivo Municipal, e pela comunidade, baseada em um conjunto de relações não hierárquicas de cooperação, responsável pela promoção da Política de Desenvolvimento e da Política Urbana do Município, visando a definição dos respectivos objetivos e metas. A participação da comunidade no sistema se dá através do Conselho Municipal de Desenvolvimento e Urbanização CMDU, demais Conselhos Municipais e dos Conselhos Regionais (CAMPO GRANDE, 2005, p. 173).

No contexto do sistema de planejamento, a cidade foi dividida em nove regiões urbanas, sendo sete na sede urbana e duas nos distritos (Rochedinho e Anhandui). Essa divisão obedeceu ao desenho das microbacias que compõem o sistema hidrográfico da cidade (Figura 4).

Figura 4 - Concentrações populacionais por região urbana – população residente no ano 2000 em Campo Grande-MS

Fonte: CAMPO GRANDE, 2005, p. 53

Os Conselhos Regionais Urbanos (CRU), por sua vez, foram criados com o objetivo de acompanhar o desenvolvimento do Plano Diretor, bem como discutir a proposta orçamentária anual. Esses canais de participação da comunidade foram criados pelo Plano Diretor – Lei Complementar nº 5, de 1995, e regulamentados pelo Decreto nº 7.361, de 13 de dezembro de

1996, com a seguinte definição: os conselhos, que são de caráter consultivo e se constituem de representantes de Entidades com sede e atuação no âmbito do município de Campo Grande, as quais estejam cadastradas no SMP, em suas respectivas regiões urbanas (CAMPO GRANDE, 2007).

As atribuições desses CRU são: a) acompanhar a aplicação do plano diretor; b) acompanhar a discussão do orçamento anual da respectiva região urbana; c) acompanhar a elaboração dos planos locais nas respectivas regiões urbanas (CAMPO GRANDE, 2007).

As entidades que os compõem podem ser enquadradas de acordo com a seguinte classificação: I) Entidades Locais: compostas de entidades comunitárias, de educação e da saúde, em atividade no bairro e II) Entidades Regionais: compostas de entidades voltadas ao setor econômico, ambiental, cultural, de assistência social e afins, com atividade na região urbana. São realizadas eleições a cada dois anos e o preenchimento das vagas se dá por votação, sendo da seguinte forma: concorrem entre si as entidades cadastradas pertencentes ao mesmo bairro, ficando assegurado, no mínimo, um assento para as entidades de saúde, um assento para as entidades de educação e um assento para as entidades comunitárias (CAMPO GRANDE, 2006b, 2006c).

A base para a composição dos CRU é a divisão de bairros, sendo cada bairro representado por um número de conselheiros regionais, titulares e suplentes, indicados pelas Entidades Locais e Regionais eleitas em cada biênio. São determinados os seguintes critérios: I) as Entidades Locais somente poderão se candidatar, representando o bairro sede de sua Entidade; II) as Entidades Regionais poderão se candidatar em todas as regiões urbanas (CAMPO GRANDE, 2006c).

A instalação dos CRU ocorreu de forma processual, a partir de julho de 1997, com a primeira eleição em maio de 1998. Entre titulares, primeiro e segundo suplentes foram eleitos 166 conselheiros. Em fevereiro de 2002, a segunda eleição totalizou 514 conselheiros regionais, entre titulares, primeiro

e segundo suplentes. A terceira eleição, ocorrida em abril de 2004, resultou na totalização de 449 conselheiros, entre titulares e suplentes, distribuídos entre as regiões urbanas: Centro (24), Segredo (48), Prosa (40), Bandeira (74), Anhanduizinho (132), Lagoa (43), Imbirussu (70) e Anhanduí (18).

O processo eleitoral para o mandato 2006-2008 (conforme Edital nº 2/2006 da Prefeitura Municipal de Campo Grande e Decreto PE nº 2.292, de 8 de dezembro de 2006, que trata do preenchimento de vagas) resultou na nomeação de 363 conselheiros entre titulares e primeiros suplentes.

Destacamos todo o processo, pois ele é essencial para a análise do PVSB, objeto deste estudo, uma vez que os conselheiros regionais urbanos são importantes protagonistas desses canais de participação no contexto em que a intervenção ocorreu. A seguir serão descritos os aspectos demográficos, econômicos e sociais da cidade.

1.4.1 Aspectos Demográficos

Com área de 8.096.051 km², que representa 2,27% do Estado, a cidade de Campo Grande já abrigava uma população de 724.524 habitantes no ano de 2007, número que resultou de crescimento importante registrado no período de 1970 a 2007: aumento de cinco vezes o número da população em 1970 (BRASIL, 2007). A seguir, para facilitar a visualização desse crescimento, incluiu-se a Figura 5 que apresenta a população residente entre os anos de 1980 a 2007, por sexo e situação de domicílio.

Figura 5 - População residente, por sexo e situação de domicílio – 1980 a 2007.

População Residente, por Sexo e Situação de Domicílio - 1980-2007					
Anos	População Total	Homens	Mulheres	Urbana	Rural
1980 ⁽¹⁾	291.777	144.129	147.648	283.653	8.124
1991 ⁽¹⁾	526.126	257.697	268.429	518.687	7.439
1996 ⁽²⁾	600.069	293.243	306.826	592.007	8.062
2000 ⁽¹⁾	663.621	322.703	340.918	655.914	7.707
2002 ⁽³⁾	692.549	...	...	...	...
2003 ⁽³⁾	705.975	...	...	...	...
2004 ⁽³⁾	734.164	...	...	...	...
2005 ⁽³⁾	749.768	...	...	...	...
2006 ⁽³⁾	765.247	...	...	...	...
2007 ^{(2) (4)}	724.524	348.613	371.668	714.790	9.734

(1) Censo Demográfico. (2) Contagem da População. (3) Estimativa. (4) Inclusive a população estimada nos domicílios fechados.

Fonte: MATO GROSSO DO SUL, 2008, p.1.

O grau de urbanização de Campo Grande é considerado alto, pois, em 2000, a população urbana já representava 98,84% e a rural 1,16% do total. A participação da população em relação ao estado também é elevada, contabilizando 31,94% neste mesmo ano.

Há predominância da população feminina na composição por sexo e quanto à estrutura etária é predominantemente jovem, em consequência das altas taxas de fecundidade até o início dos anos 1980. Hoje, porém, há mudanças, com aumento da participação da faixa etária de 15 a 64 anos (Figura 6) (BRASIL, 2007).

Figura 6 - Pirâmide populacional para Campo Grande.

Fonte: CAMPO GRANDE, 2008, p. 10.

Entretanto, como já demonstrado, mesmo com o crescimento absoluto, a taxa média geométrica de crescimento anual vem diminuindo. A Figura 7 apresenta essas taxas nos períodos de 1960 a 2007 e a população residente.

Figura 7 - Evolução do crescimento populacional e taxa de crescimento geométrico em Campo Grande de 1960 a 2007.

Adaptado de: CAMPO GRANDE, 2008, p. 11.

Diante do cenário brasileiro, Campo Grande é o 23º município em volume populacional. Como já ressaltado, até a década de 1980, a população era considerada jovem, no entanto, a Figura 8 demonstra a reversão, tendo em vista a evolução do grande grupo de idade – 65 e mais – que passou de 2,57%, no ano de 1960, para 4,82%, no ano de 2000; enquanto o grande grupo de idade – de 0 a 14 anos – declinou de 40,71%, no ano de 1960, para 28,45%, no ano de 2000.

Figura 8 - Evolução populacional por faixa etária em Campo Grande de 1960 a 2007.

Fonte: CAMPO GRANDE, 2008, p. 11.

A idade média da população residente em Campo Grande apresentava-se no Censo 2000, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), como 28,62 anos, o que classifica o município em 12º lugar, entre todas as capitais brasileiras. O 1º lugar era ocupado pelo Rio de Janeiro, com a idade média de 33,49 anos, e o 27º por Macapá, a capital do Amapá, com média de 23,59 anos.

1.4.2 Aspectos Econômicos

O desenvolvimento econômico de Campo Grande foi pautado pelo fluxo migratório ocorrido nas décadas de 1960 e 1970, o que propiciou a diversificação de atividades. Nesta primeira década de 2000, o município é considerado o mais importante centro catalisador de toda a atividade econômica e social do estado, representando 53% de todo o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS) arrecadado. Em 1950, concentrava 16,3% do total das empresas comerciais de Mato Grosso do Sul. Em 2009, esse valor chega a quase 40% do total.

No setor primário, a economia municipal apresenta assentamentos situados próximos da cidade e há predominância de propriedades com menos de 100 hectares, voltadas para hortifruticultura, criação de rebanhos diversificados e cultivo de lavouras permanentes e temporárias. Há apoio do Conselho Municipal de Desenvolvimento Rural (CMDR) e do executivo municipal para programas que fomentam o desenvolvimento econômico das cadeias produtivas de carne, leite, peixe, fruticultura, horticultura, ovinocultura, apicultura e outros (CAMPO GRANDE, 2007).

No setor secundário, desde 1999, o Programa de Incentivos para o Desenvolvimento Econômico e Social (PRODES) vem atuando em Campo Grande com o objetivo de promover o desenvolvimento econômico, social, cultural, tecnológico e turístico do município, e estimular a transformação industrial de produtos primários e recursos naturais existentes em Campo Grande e na região. A cidade apresenta três polos industriais nas regiões urbanas do Segredo, Anhanduizinho e Imbirussu e o Núcleo Industrial situado em Indubrasil (CAMPO GRANDE, 2007).

No setor terciário, os serviços já se responsabilizam por grande parte da receita municipal, destacando-se aqueles que se alinham à agroindústria (manutenção de equipamentos, por exemplo), bem como os referentes aos

itens de vestuário, veículos, peças, acessórios e alimentação (CAMPO GRANDE, 2007). A seguir apresentamos comparativo de 1998 e 2007 dos estabelecimentos comerciais varejistas em Campo Grande, que sinaliza o aumento significativo em alguns ramos de atividade, como por exemplo, o mobiliário (Figura 9).

Figura 9. Número de estabelecimentos comerciais varejistas por ramo de atividade, em Campo Grande-MS, comparativo 1998-2007.

Fonte: CAMPO GRANDE, 2009, p. 96.

1.4.3 Aspectos Sociais

Campo Grande é uma cidade moderna, de vias largas, em que o verde predomina. Localizada geograficamente no centro de Mato Grosso do Sul, dista, em média, 400 km dos extremos do território estadual, com todas as vias de acesso pavimentadas, o que facilita seu papel de capital. O clima apresenta poucas variações e período de chuvas bem marcado, de outubro a abril. A média da temperatura nos meses de chuva oscila em torno de 24° C.

Em relação à saúde, mesmo antes da divisão do estado, Campo Grande acompanhava o caminho nacional, mantendo o funcionamento de serviços desarticulados, predominantemente privados. As unidades mantidas pelo setor público apresentavam grande dependência da capital do estado de Mato Grosso, Cuiabá, o que comprometia a resolutividade e conferia ritmo bastante lento à expansão dos serviços. A partir de 1979, com a divisão do estado e a elevação do município à condição de capital, as iniciativas municipais começaram a se intensificar. Tiveram maior força após a criação do SUS e, marcadamente, a partir de 1996, quando Campo Grande assumiu a gestão plena da saúde em seu território, consolidando a rede municipal de serviços de saúde, organizados por nível de atenção.

A partir de 1998, houve a reorganização de toda a rede prestadora de serviços de saúde, baseando-se no fortalecimento da atenção básica, reforçada pela presença de agentes comunitários de saúde e, posteriormente, a partir de 1999, pelas equipes da estratégia de saúde da família. A territorialização foi um dos primeiros passos, quando se efetivaram os quatro distritos sanitários: Norte, Sul, Leste e Oeste, sendo o distrito Sul o que engloba o quadrilátero central da zona urbana. Esses distritos abarcam uma ou mais das sete regiões urbanas utilizadas pela administração municipal, conforme relatado anteriormente. A evolução dos indicadores de saúde mostra os resultados positivos desse processo.

Figura 10 - Evolução da mortalidade geral, por mil habitantes, e infantil, por mil nascidos vivos, em Campo Grande-MS, de 1997 a 2007.

Fonte: CAMPO GRANDE, 2009, p. 157.

No que se refere ao coeficiente de mortalidade geral, conhecido como taxa bruta de mortalidade, que corresponde ao número total de óbitos, expresso por mil habitantes, ocorridos na população geral, entre 1997 e 2006, a taxa variou no Brasil de 7,0 para 6,0 óbitos por mil habitantes. Considerando dados da região Centro-Oeste, para o mesmo período, esta variação foi de 5,6 para 4,7, e no Mato Grosso do Sul, o indicador manteve-se igual para esses dois anos de referência (1997 e 2006) – 5,6 óbitos para cada mil habitantes.

Como pôde ser visto na Figura 10, no município de Campo Grande,

no período de 1997 a 2006, a taxa variou de 5,58 a 5,13, sendo de 5,29 para 2007, apresentando, assim, valores menores do que os verificados para o Brasil e para o estado de Mato Grosso do Sul.

De acordo com a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA, 2008), o coeficiente de mortalidade geral expressa a intensidade com a qual a mortalidade atua sobre uma determinada população, sendo influenciada pela estrutura da população quanto à idade e ao sexo; e ainda, taxas elevadas deste indicador podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total. Entretanto, indicadores de mortalidade específicos, como da mortalidade infantil e materna, devem ser considerados para uma análise mais detalhada dos níveis de mortalidade.

Quanto à taxa de mortalidade infantil, que considera o número de óbitos ocorridos a cada mil nascidos vivos, o Brasil reduziu de 31,9 em 1997 para 20,7 em 2006, enquanto que na Região Centro-Oeste e em Mato Grosso do Sul esta redução foi de, respectivamente, 24,4 para 17,1 óbitos, e 26,1 para 18,8. Como pôde ser visto na Figura 10, em Campo Grande, este importante indicador acompanhou a tendência nacional e regional, tendo reduzido de 20,66, em 1997, para 13,99 óbitos, em 2006, e 13,95 em 2007, sendo oportuno demarcar que a taxa municipal se apresenta inferior aos indicadores estadual, regional e nacional, desde o início da década (MATO GROSSO DO SUL, 2009).

Figura 11 - Evolução da taxa de mortalidade materna em Campo Grande-MS, de 1997 a 2007.

Fonte: CAMPO GRANDE, 2009, p. 157.

O indicador de mortalidade materna, conhecido como taxa, coeficiente ou razão de mortalidade materna, que corresponde, por sua vez, ao número de óbitos maternos por cem mil nascidos vivos, de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado, levando em conta o conceito de morte materna estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (RIPSA, 2008), ainda se mantém elevado, tendo inclusive crescido no período aqui considerado (Figura 11).

Para o Brasil, a razão de mortalidade materna foi de 61,2 óbitos maternos para cada cem mil nascidos vivos em 1997, tendo chegado a 77,2 em 2006. Considerando os dados da região Centro-Oeste e Mato Grosso do Sul, para o mesmo período, estes dados foram respectivamente, de 49,9 e 63,8, e de 55,3 e 83,5. De acordo com dados recentes, em Mato Grosso do Sul este indicador fechou em 80,7 mortes maternas para cada cem mil nascidos vivos no estado em 2008 (RIPSA, 2009). Em Campo Grande a razão de mortalidade materna em 1997 foi de 29,41, tendo chegado a 62,08 em 1999, e baixado para 32,15 em 2006, e 32,64 em 2007.

Diante disso, evidencia-se que, embora os dados de mortalidade materna sejam mais baixos em Campo Grande que, em média, no restante do país, são necessárias estratégias que qualifiquem a atenção à saúde da mulher, de modo primordial durante o período da gestação, o que inclui todos os serviços da Atenção Básica, especialmente a Estratégia de Saúde da Família. Na verdade, é importante pensar que, para interferir positivamente neste indicador, é preciso que se invista na melhoria dos serviços ofertados à saúde da mulher, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério (MATO GROSSO DO SUL, 2009).

Em relação à mortalidade, por grupos de causas mais frequentes, apresentaram-se em 2005, em Campo Grande, os seguintes dados: doenças do aparelho circulatório (31,16%), neoplasias (18,74%), causas externas de morbidade e mortalidade (14,09%), doenças do aparelho respiratório (11,2%), doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (5,4%), doenças do aparelho digestivo (4,67%), algumas doenças infecciosas e parasitárias (4,10%), entre outras (CAMPO GRANDE, 2006d). Esses dados referentes à distribuição percentual de óbitos por grupos de causas definidas, na população residente – que é a Mortalidade Proporcional por Grupo de Causas, revelam que a distribuição deste indicador em Mato Grosso do Sul assemelha-se à do Brasil, sendo que, para o estado, mais de 60% dos óbitos informados em 2006 foram devidos a três grupos de causas: doenças do aparelho circulatório (33,11%), causas externas (15,57%) e neoplasias (15,64%), assemelhando-se ao total do país, que foi de 32,01% para as doenças do aparelho circulatório, 3,57% para causas externas e 16,47% para neoplasias (MATO GROSSO DO SUL, 2009). O crescimento das doenças do aparelho circulatório assim como das neoplasias pode estar ligado tanto ao envelhecimento da população, sendo que as do aparelho circulatório podem também estar relacionadas ao próprio estilo de vida, como hábitos alimentares inadequados, estresse, sedentarismo, entre outros.

Figura 12 -Evolução da natalidade por mil nascidos vivos em Campo Grande-MS, de 1997 a 2007.

Fonte: CAMPO GRANDE, 2009, p. 157.

Quanto à taxa bruta de natalidade, que corresponde ao número de nascidos vivos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA, 2008), no Brasil esta era de 22,2 em 1997, tendo baixado para 17,1 em 2006. Para a região Centro Oeste e o estado de Mato Grosso do Sul, estes valores corresponderam, respectivamente, a 23,0 e 22,1, e também mantiveram o padrão nacional com redução, chegando aos valores de 17,9 e 17,2 em 2006. Quanto às taxas do município de Campo Grande, conforme demonstra a Figura 12, para o mesmo período, a natalidade foi de 21,99 nascidos vivos/1000 habitantes em 1997, e de 16,26, em 2006. Já os dados de 2007, revelam uma taxa de natalidade de 15,7 para Campo Grande, inferior a todas as taxas de natalidade anteriormente relatadas. De acordo com a RIPSA (2008), esta taxa revela o ritmo de crescimento populacional, sendo influenciada pela dinâmica da natalidade, da mortalidade e das migrações, portanto, revelando que têm se reduzido em Campo Grande, ao longo do

tempo, como no restante do Brasil, mas mais intensamente, o número de nascidos vivos, o que parece estar diretamente relacionado à redução da fecundidade, ou seja, ao número médio de filhos nascidos vivos por mulher brasileira, que, para 2006, era de 1,95, igual ao da região Centro Oeste, e de 1,98 para o estado de Mato Grosso do Sul. Enquanto isto a taxa de fecundidade total de Campo Grande é de 1,7 filhos/mulher, inferior à média nacional.

Em relação ao financiamento do setor saúde, dados apontam significativos recursos próprios municipais aplicados na saúde (Figura 13).

Figura 13 -Recursos próprios municipais aplicados à saúde em Campo Grande entre 1997 e 2007.

Fonte: CAMPO GRANDE, 2009, p.156.

Em relação ao saneamento, o sistema de abastecimento de água de Campo Grande atende atualmente cerca de 99% da população, com

captação superficial (66,67%) e subterrânea (33,20%). A coleta de esgoto beneficia 58,20% da área urbana, com cinco estações de tratamento; a coleta de lixo domiciliar atinge 98% dos domicílios urbanos, e o destino final é o aterro sanitário (CAMPO GRANDE, 2009). Dados nacionais, da Pesquisa de Saneamento Básico 2000 (BRASIL, 2002), revelam que, dos 5.507 municípios brasileiros, 5.391 tinham serviços de abastecimento de água, o que corresponde a um percentual de 97,9% dos municípios atendidos. Quanto à situação do esgotamento sanitário dos municípios, o país ainda tem um longo caminho a percorrer para atingir uma condição satisfatória, segundo o mesmo documento. De acordo ainda com o IBGE (BRASIL, 2002), 47,8% dos municípios brasileiros não tinha coleta de esgoto, sendo o Norte a região com a maior proporção de municípios sem coleta (92,9%), seguido do Centro-Oeste (82,1%), do Sul (61,1%), do Nordeste (57,1%) e do Sudeste (7,1%). É importante ressaltar que os municípios que têm apenas serviço de coleta superam a proporção daqueles que coletam e tratam o esgoto (32,0% e 20,2%, respectivamente). Para que se compreenda a seriedade da questão, na região Sudeste, a com a maior proporção de municípios com esgoto coletado e tratado no país, somente um terço deles apresenta uma condição adequada de esgotamento sanitário. A especificação das Unidades de Destino do Lixo, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2000 (BRASIL, 2002), indicou uma situação de destinação final do lixo coletado no País, de modo geral, bastante favorável, já que 47,1% se dá em aterros sanitários, 22,3% em aterros controlados, e apenas 30,5% em lixões. Isto significa que mais de 69% de todo o lixo coletado no Brasil estaria tendo um destino final adequado: em aterros sanitários e/ou controlados. No entanto, quando se leva em conta o número de municípios, o resultado não é tão favorável: 63,6% utilizam lixões e 32,2%, aterros adequados (13,8% sanitários, 18,4% aterros controlados), sendo que 5% não informaram para onde vão seus resíduos. Assim, pode-se dizer que Campo Grande encontra-se numa situação privilegiada quanto ao saneamento básico em relação ao restante do Brasil, embora ainda não seja esta a situação ideal.

No que diz respeito à educação, o fluxo migratório ocorrido no processo de construção do município trouxe pessoas com conhecimentos e culturas diversificadas e ricas, de modo que, a partir de 1930, instalaram-se diversas escolas no território campo-grandense e, na década de 1940, iniciou-se a presença da educação pública.

Com a evolução dos dispositivos legais, o ensino fundamental passou a ser obrigação municipal, ficando o ensino médio por conta do estado. Em Campo Grande, essa divisão não é tão rígida, sendo esfera estadual ainda responsável por cerca de 30% das matrículas iniciais no ensino fundamental. Em relação à modalidade de ensino, é preponderante a participação da educação pública exceto na educação especial e na educação profissional (Quadro 2).

Quadro 2 - Número de matrículas iniciais por modalidade de ensino e dependência administrativa, de Campo Grande-MS em 2007.

Modalidade	Dependência administrativa	Nº de matrículas em 2007
Educação infantil	Federal	-
	Estadual	440
	Municipal	19.146
	Particular	9.012
Ensino fundamental	Federal	593
	Estadual	32.694
	Municipal	69.907
	Particular	17.629
Ensino médio	Federal	441
	Estadual	26.985
	Municipal	61
	Particular	7.218
Educação de jovens e adultos	Federal	-
	Estadual	17.466
	Municipal	901
	Particular	2.744

Continua.

Quadro 2 - Número de matrículas iniciais por modalidade de ensino e dependência administrativa, de Campo Grande-MS em 2007

Continuação.

Modalidade	Dependência administrativa	Nº de matrículas em 2007
Educação especial	Federal	-
	Estadual	250
	Municipal	30
	Particular	1.374
Educação profissional	Federal	-
	Estadual	897
	Municipal	-
	Particular	2.063
TOTAL	Federal	1.034
	Estadual	78.732
	Municipal	88.218
	Particular	40.040

Fonte: CAMPO GRANDE, 2009, p. 142.

No que diz respeito ao acesso à educação, o ensino fundamental e o ensino médio têm boa cobertura (em torno de 80%), porém o mesmo não acontece com a educação infantil (cerca de 50% de cobertura na faixa etária de zero a quatro anos) e a educação profissional. Também apresentam deficiências a educação especial e a educação de jovens e adultos, o que implica diretamente em grupos especiais da população, dificultando a inclusão social de pessoas portadoras de necessidades especiais e comprometendo a qualidade de vida dos idosos.

Em relação ao ensino superior, a capital conta com 131 cursos, em diversas áreas, oferecidos por nove instituições de ensino superior, sendo uma pública federal, uma estadual e sete privadas.

De acordo com os dados do Censo 2000, do IBGE, o rendimento nominal médio mensal dos responsáveis pelo domicílio é de R\$ 970,62, enquanto que o mesmo dado para o Brasil é de R\$ 782,00, e R\$ 882,00, para a Região Centro-Oeste. A renda per capita média da capital em 2000 era de R\$ 394,70, enquanto que do estado de Mato Grosso do Sul

correspondia a R\$ 287,46, sendo a média brasileira no mesmo ano de R\$ 246,68 (BRASIL, 2003). Diante deste dado, percebe-se que, já em 2000, a renda per capita campo-grandense já era 60% superior à nacional. A razão de dependência demográfica, que expressa o número de pessoas em idades potencialmente inativas para cada grupo de 100 pessoas economicamente ativas, é de 49,85% para o mesmo período, em Campo Grande.

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em 2000, o Brasil alcançou o valor de 0,766, e Mato Grosso do Sul, 0,778 (BRASIL, 2003), discretamente superior. O IDH de Campo Grande, no mesmo ano, apresentou-se igual a 0,814, uma melhora expressiva em relação ao ano de 1991, quando foi de 0,770. Em 1991, o IDH brasileiro era de 0,696 e o de Mato Grosso do Sul, de 0,716. O IDH-Educação foi o que teve o maior impacto sobre o total de Campo Grande, já que de 0,857, em 1991, passou a 0,915, em 2000, e também no restante do país. Essa melhora está associada ao desempenho mais ou menos homogêneo dos três componentes, porém com preponderância da educação: renda – crescimento de 4,6%; longevidade – crescimento de 5,6% e educação – crescimento de 6,8% (CAMPO GRANDE, 2005).

É possível ainda afirmar que, de acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), considerando o ano de 2001 como referência, o país tinha uma proporção de 29,0% de pobres na população, que é o indicador que leva em conta o percentual da população residente com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Para a região Centro-Oeste, para o mesmo ano, este indicador era de 24,6%. Considerando os dados do IBGE (BRASIL, 2003) para o ano de 2000, em Campo Grande, este percentual correspondia a 18,6%, e, em Mato Grosso do Sul, a 28,7%.

Em relação à cultura campo-grandense pode-se afirmar que é diversificada, com traços de latinidade e a mistura do meio rural, com os indígenas e os migrantes e imigrantes vindos de todas as partes. O artesanato local é o resultado mais eloquente dessa miscigenação. Possui

estrutura razoável para a realização de eventos culturais e esportivos, bem como a prática dos roteiros ecológicos e atividades ao ar livre nos parques lineares espalhados pela cidade.

1.5 PROJETO VIVA SEU BAIRRO

Na década de 1980, o Banco Mundial posicionou-se pela saída do Estado na regulamentação de setores estratégicos e a privatização dos mercados.

Em especial nos países do terceiro mundo, a década dos anos de 1980 significou a piora da situação da pobreza, o que acarretou o aumento das diferenças regionais dos países e pressionou mudanças nas políticas sociais. Então, no início dos anos de 1990, os organismos financeiros internacionais forçaram os países na adoção de reformas que impactassem “na redução dos gastos do Estado e/ou o aumento de suas reservas” (ZIONI, 2005, p. 56).

A promoção destas ideias no campo político-econômico estão contempladas no Consenso de Washington e influenciaram os países quanto ao ideário neoliberal de reforma do Estado no campo das políticas sociais, em especial, com a focalização destas políticas. O entendimento era de que deveriam ser direcionadas para grupos específicos em situação mais crítica. Isto pressionou os governos da América Latina a adotarem políticas focalizadas, voltadas a grupos específicos.

No Brasil, tem-se o BNDES (Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social), importante agência de desenvolvimento social e econômico, com uma de suas linhas de financiamento, o denominado Projetos Multissetorias Integrados (PMI), com a proposta de que um

conjunto de investimentos concomitantes possibilite mudanças de condições de vida de populações em situações de carência e extrema pobreza. A perspectiva é o da necessidade de se tratar o fenômeno da forma mais abrangente possível, uma vez que se tem

“o pressuposto de que a questão social é complexa – envolve diversas variáveis e processos encadeados – e que só um enfoque multifocal e uma abordagem integrada podem dar maior eficácia e eficiência a um projeto para encaminhar soluções e minimizar as condições de reprodução da pobreza” (AZEREDO E DUNCAN, 2002, p. 48).

Com a orientação de formulação de soluções integradas, considerando-se as especificidades locais, o desenvolvimento de processos de participação das comunidades, o gerenciamento; o acompanhamento e avaliação dos resultados e metas estabelecidas; e manutenção e sustentabilidade das transformações promovidas, o BNDES, por meio do PMI, tem essa linha de apoio financeiro destinada a projetos que entrelaçam o planejamento e as ações dos agentes municipais em setores diversos para reduzir problemas dos centros urbanos.

Neste contexto, nasceu o PVSB, no período de julho de 2001 a agosto de 2004, como projeto de desenvolvimento urbano financiado pelo BNDES, visando diminuir os problemas decorrentes da urbanização acelerada: favelização e dificuldade de acessos aos bens e serviços públicos em áreas de risco social da cidade. Encontra-se no Anexo B quadro ilustrativo dos principais problemas da cidade no início da intervenção, por regiões urbanas. A perspectiva do PVSB foi a de atender as áreas de risco social nas seis regiões urbanas e beneficiar aproximadamente 137 mil pessoas direta e indiretamente⁷.

O PVSB foi escolhido como objeto desta pesquisa pela possibilidade de conhecer a atuação sobre os DSS de uma iniciativa realizada no âmbito

⁷ Foi considerada população beneficiada diretamente as que residiam nos locais em que ocorreu a intervenção e população beneficiada indiretamente, as residentes nas áreas contíguas a estas e que, portanto, beneficiaram-se também das intervenções realizadas.

local. A intenção foi identificar os princípios norteadores dos campos da promoção da saúde e conhecer a relação entre o PVSB e os determinantes sociais da saúde.

2 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Conhecer a relação entre o PVSB e os determinantes sociais da saúde, bem como identificar a presença da participação social e da intersetorialidade nas ações desenvolvidas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Descrever o contexto analítico do PVSB;
2. Identificar se na iniciativa PVSB foram contemplados os princípios da participação social e da intersetorialidade;
3. Identificar elementos teóricos do enfoque dos DSS presentes no PVSB.

3 MATERIAL E MÉTODOS

No Brasil, as avaliações qualitativas de intervenção social em gestão pública não se apresentam ainda institucionalizadas, pois ocorrem geralmente no início das atividades de um governo, como prática no momento inicial de uma gestão pública (MINAYO et al., 2005a). Tem-se, então, com esta pesquisa, a possibilidade de aprofundar o marco teórico conceitual, delimitando o “estado da arte” na tentativa de aproximar a teoria do objeto da investigação, bem como a oportunidade de contribuir com o conhecimento sobre a efetividade de um programa de intervenção social já realizado e com um caráter de avaliação qualitativa, pois estuda a percepção dos representantes envolvidos no processo.

Trata-se de uma pesquisa social cuja abordagem é qualitativa, já que busca compreender a complexidade dos fenômenos. Para MINAYO (1999, p. 23), o termo pesquisa social “tem uma carga histórica e, assim como as teorias sociais, reflete posições frente à realidade, momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses de classes e de grupos determinados”.

Quanto à escolha da abordagem, autores como GUILHEM e ZICHER (2007, p. 103) consideram que “A abordagem qualitativa abarca a totalidade dos seres humanos, concentrando-se nos significados que as pessoas atribuem às suas próprias experiências; estas, por sua vez são derivadas do ambiente em que as pessoas vivem”. Acrescentam, ainda, que as pesquisas, especialmente em saúde, no seu modo de desenvolver, preocupam-se em “conhecer o universo de representações e significados que a pessoa, inserida em um determinado contexto ou grupo social, atribui aos fenômenos da realidade que a cerca” (p. 103).

MINAYO et al. (2005b) ressaltam que as abordagens qualitativas têm características comuns. Referem-se à necessidade de considerar a

“participação e as percepções dos sujeitos envolvidos na criação e na implementação dos programas sociais” e “as relações e as representações como parte fundamental dos êxitos e limites das ações” (MINAYO, 2005, p. 27). Isto posto, a abordagem qualitativa avança na compreensão da relação dinâmica e inseparável entre os sujeitos e o mundo que os cerca, o que justifica a sua utilização na busca de “(...) compreender as relações, as visões e o julgamento dos diferentes representantes sobre a intervenção sobre a qual participam, entendendo que suas vivências e reações fazem parte da construção da intervenção e de seus resultados” (MINAYO et al., 2005b, p. 82). Para o alcance dos objetivos, as autoras também ressaltam que várias técnicas podem ser utilizadas nas investigações qualitativas de forma combinada para que seja possível conhecer a realidade com mais profundidade.

3.1 SUJEITOS DA PESQUISA

Na abordagem qualitativa a amostragem não é numérica, pois a amostra ideal “é aquela capaz de refletir a totalidade em suas múltiplas dimensões” (MINAYO, 1999, p. 102). A autora considera que a amostragem qualitativa:

- Privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer;
- Considera os sujeitos em número suficiente para permitir certa reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta;
- Entende que, na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a

apreensão de semelhanças e diferenças;

- Esforça-se para que a escolha do *locus* e do grupo de observação e informação contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa.

Inicialmente, definiram-se como sujeitos da pesquisa todos os participantes considerados tomadores de decisão no planejamento e na execução da intervenção social em estudo: representantes de governo e da população. Com a participação dos representantes de governo, pretendeu-se resgatar a percepção dos membros do poder executivo participantes na pré-intervenção (período de elaboração do projeto), à época (desenvolvimento do projeto) e pós-intervenção (período posterior ao projeto), entre 1997 e 2008. Com a participação dos representantes da população pretendeu-se resgatar a percepção dos conselheiros antes, durante e após a intervenção, entre 1998 a 2006; tempos de mandato do poder executivo e dos conselhos. Ressalta-se que o período da intervenção foi de 2001 a 2004 (Figura 14).

Figura 14 - Desenho esquemático da linha do tempo da intervenção realizada e os marcos relacionados aos sujeitos da pesquisa, em Campo Grande, 2009.

Entendeu-se que os representantes de governo poderiam ser classificados em duas categorias: gestores e técnicos. Na categoria, gestores incluíam-se os prefeitos no período de 1997 a 2008 e o secretário municipal de saúde no período de 1997 a 2004; e na categoria técnicos, os membros da UTC do PVSB, quantificados em número de sete. Como representantes da população, estavam os seis conselhos regionais das regiões urbanas em que a iniciativa foi realizada, conselheiros eleitos nos períodos antes, durante e após a intervenção, de 1998 a 2006.

3.2 INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS

Para atender aos objetivos propostos, a pesquisa utilizou a análise de documentos, entrevistas individuais e grupos focais.

3.2.1 Análise de Documentos

A análise de documentos pode auxiliar na investigação qualitativa, na medida em que complementa as informações obtidas por outras técnicas, com vistas a auxiliar na compreensão do objeto estudado (LUDKE e ANDRÉ, 1986). Foi então realizada a busca por materiais documentais referentes às etapas de planejamento e execução do PVSB.

3.2.2 Entrevistas Individuais

A entrevista em profundidade possibilita acessar “sentimentos, pensamentos e intenções”, dados de difícil obtenção na observação direta (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004, p.49). O objetivo de realizar as entrevistas foi o de conhecer a percepção dos representantes de governo na iniciativa realizada, pois o conhecimento dos sentidos e significados da experiência vivida foi considerado de fundamental importância para o alcance dos objetivos da pesquisa.

Para cada entrevista realizada foi construído previamente um roteiro específico (Apêndice B – roteiros 1, 2 e 3), com o objetivo de auxiliar na condução da entrevista de forma coerente para se obter as informações detalhadas pretendidas, uma vez que os roteiros são previstos para que “(...) ajudem o investigador, durante a entrevista, a colocar questões que ajudem o entrevistado a abranger níveis cada vez mais profundos em sua exposição” (SOUZA et al., 2005, p. 137). Dessa forma, buscou-se permitir o surgimento de categorias empíricas e dos significados relativos à pesquisa. Atenderam-se as recomendações das autoras NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS (2004) quanto à necessidade da gravação da entrevista, pela viabilidade de contar com todo o material fornecido pelo informante, fato não possível somente com a realização de anotações. As entrevistas foram gravadas em fitas cassetes e em gravador digital e posteriormente transcritas de forma literal para a análise dos dados coletados.

3.2.3 Grupos Focais

A técnica de grupo focal é utilizada para “identificar conceitos, crenças, percepções, expectativas, motivações e necessidades de um grupo específico de interesse do pesquisador” (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004, p. 51). Para MINAYO et al. (2005b, p. 92) grupo focal “(...) constitui-se em um tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos, homogêneos, que atua de forma planejada para se obter informações relativas a um tema específico”. Nessa técnica, o que se procura apreender é a riqueza dos significados expostos por participantes sobre o tema pesquisado, fruto de sua interação, por meio de debates e diálogos. DESLANDES (2005, p. 174) chama atenção para o fato de o que se busca não ser uma fala única, mas sim “cartografia das opiniões, argumentos e pontos de vistas, concordantes ou conflituosos, críticos ou resignados (...), ou seja, a reflexividade das opiniões”.

Para a sua operacionalização, WESTPHAL et al. (1996) traçam uma série de recomendações: o grupo pode ser composto de seis a quinze pessoas, com duração média de 90 minutos; deve ter um moderador que possa propor questões aos participantes, manter o foco e elaborar resumos. Os critérios para a composição do grupo devem ser compatíveis com os objetivos do estudo, e a amostra é intencional, pois a seleção dos participantes é feita de acordo com a possibilidade de eles fornecerem informações essenciais à pesquisa.

O objetivo de realizar os grupos focais foi o de conhecer a percepção dos representantes da população na iniciativa realizada e o roteiro 4 do Apêndice B foi o instrumento utilizado para a operacionalização dos grupos focais. Alguns autores, como SOUZA et al. (2005, p. 138), destacam que o roteiro para grupo focal deve ter duas condições imprescindíveis: “(...) ser suficientemente provocador para permitir um debate entusiasmado e

participativo; promover condições de aprofundamento, fazendo jus ao que se pretende com esta técnica”.

3.3 CAMPO DA PESQUISA

3.3.1 Coleta de Documentos

A primeira fase de coleta de dados refere-se aos documentos e relatórios fornecidos pelo Planurb (Instituto Municipal de Planejamento Urbano e Meio Ambiente) e Decretos pertinentes aos processos do PVSB. A intenção foi se aproximar o máximo possível do objeto da investigação, partindo da premissa de que o estudo situa-se no campo da gestão de políticas sociais, entendida como “um processo contínuo de tomada de decisões”. Portanto, como enuncia HENRIQUES (2005, p. 13), esse tipo de avaliação tenta abarcar “(...) todos os ingredientes envolvidos numa intervenção social: história, contexto, cultura, estruturas, relações, pluralidade de atores, acessibilidade a recursos, resultados contínuos e ganhos quantitativos e qualitativos”.

Inicialmente foi realizado um levantamento dos documentos relacionados direta ou indiretamente ao PVSB. Foram obtidos os seguintes:

1. Documentos relacionados aos CRU: Diário Oficial de Campo Grande-MS, nº 101, de 8 de junho de 1998; Diário Oficial de Campo Grande-MS, nº 1.036, de 2 de abril de 2002; Diário Oficial de Campo Grande-MS, nº 1.574, de 2 de maio de 2004; Edital nº 1/2006: SMP: atualização e cadastramento de entidades; Edital nº 2/2006: Regulamento para a eleição de conselheiros regionais;

2. Documentos relacionados ao PVSB: Projeto Multissetorial integrado Viva seu Bairro, 2001; Relatório de Acompanhamento do Projeto: Projeto Multissetorial integrado, 2003; Relatório de Acompanhamento do Projeto: Projeto Multissetorial integrado, 2004; Relatório de Avaliação: 2º Relatório Mensal – Setembro/2004 – Relatório final.

3. Demais documentos relacionados à gestão pública: *Saúde, em 5 anos, um salto de qualidade: relatório de gestão em saúde (2002)*, de autoria da Prefeitura Municipal de Campo Grande; e o artigo *Viva seu Bairro: em Campo Grande-MS a Promoção da Saúde percorre os caminhos da intersectorialidade (2005)*, de autoria de Dobashi et al.

Este levantamento possibilitou a caracterização do PVSB, bem como identificar os gestores e técnicos relevantes para o processo de planejamento e execução do projeto.

Para identificar os sujeitos da pesquisa representantes da população, o primeiro passo foi realizar o levantamento dos documentos sobre os conselheiros regionais urbanos dos períodos de 1998 a 2001, 2002 a 2004 e 2004 a 2006. Foram estudados os seguintes documentos legais: Diário Oficial de Campo Grande-MS, nº 101, de 8 de junho de 1998; Diário Oficial de Campo Grande-MS, nº 1.036, de 2 de abril de 2002; Diário Oficial de Campo Grande-MS, nº 1.574, de 2 de maio de 2004. Como já descrito, os conselheiros que representavam as seguintes regiões urbanas: Segredo, Prosa, Lagoa, Bandeira, Imbirussu e Anhanduizinho com mandatos nos períodos de 1998-2001, 2002-2004 e 2004-2006.

A análise dos documentos permitiu a visualização da seguinte situação quanto aos segmentos de representação: a divisão de 1998 a 2001 diferenciou-se das duas subsequentes a ela, pois neste mandato as entidades eram cadastradas nos segmentos social, econômico e peculiar. No entanto, já para a eleição do biênio 2002-2004, as entidades foram reclassificadas em locais e regionais, mantendo-se a consonância entre elas, o que possibilitou utilizar essa classificação para os três biênios.

Assim, consolidou-se uma listagem de todos os conselheiros titulares no período de 1998 a 2006, classificando-os por segmento de representação, por período e por região urbana para se ter ideia de como se organizava essa participação por segmento em cada região urbana referente aos três períodos (Tabela 1).

Tabela 1 - Relação inicial de conselheiros titulares em seis regiões urbanas, por segmento, no período de 1998 a 2006.

Conselhos/Região Urbana	Período	Segmento local	Segmento regional	Total
Anhanduizinho	1998 – 2001	15	2	17
	2002 – 2004	48	5	53
	2004 - 2006	44	10	54
	Subtotal	107	17	124
Imbirussu	1998 – 2001	4	2	6
	2002 – 2004	4	6	10
	2004 - 2006	26	4	30
	Subtotal	34	12	46
Segredo	1998 – 2001	8	4	12
	2002 – 2004	11	4	15
	2004 - 2006	12	5	17
	Subtotal	31	13	44
Lagoa	1998 – 2001	7	1	8
	2002 – 2004	22	10	32
	2004 - 2006	12	5	17
	Subtotal	41	16	57
Prosa	1998 – 2001	5	2	7
	2002 – 2004	18	8	26
	2004 - 2006	13	7	20
	Subtotal	36	17	53
Bandeira	1998 – 2001	9	3	12
	2002 – 2004	19	7	26
	2004 - 2006	24	7	31
	Subtotal	52	17	69
Total geral		301	92	393

A seguir, foram observados os percentuais em cada uma das regiões urbanas, quanto ao segmento de participação na totalidade dos períodos analisados (Gráficos 1-6).

Gráfico 1 - Percentual de participação de conselheiros titulares, quanto ao segmento na região urbana Anhanduizinho, em Campo Grande, no período de 1998 a 2006.

Gráfico 2 - Percentual de participação de conselheiros titulares, quanto segmento na região urbana Imbirussu, em Campo Grande, no período de 1998 a 2006.

Gráfico 3 - Percentual de participação de conselheiros titulares, quanto ao segmento, na região urbana Segredo, em Campo Grande, no período de 1998 a 2006.

Gráfico 4 - Percentual de participação de conselheiros titulares, quanto ao segmento, na região urbana Lagoa, em Campo Grande, no período de 1998 a 2006.

Gráfico 5 - Percentual de participação de conselheiros titulares, quanto ao segmento, na região urbana Prosa, em Campo Grande, no período de 1998 a 2006.

Gráfico 6 - Percentual de participação de conselheiros titulares, quanto ao segmento, na região urbana Bandeira, no período de 1998 a 2006.

3.3.1.1 Identificação dos sujeitos da pesquisa após a análise dos documentos

Uma vez conhecida a representatividade numérica dos conselheiros, procedeu-se à confecção de planilhas nominais por segmento: locais (saúde, educação e movimento comunitário) e regionais. As planilhas eram ainda

classificadas por período e para cada região urbana em que o PVSB foi realizado. Os períodos referiam-se aos do mandato do conselheiro, já explicado anteriormente.

O objetivo das planilhas foi o de criar critérios que subsidiassem a escolha dos nomes dos participantes da pesquisa. Assim, o nome de cada conselheiro foi registrado para visualizar a sua participação entre os períodos, já que o mesmo conselheiro poderia ter permanecido nos três períodos. Feito isso, foram eliminadas as repetições ocorridas no mesmo segmento em períodos diferentes, considerando só o período mais antigo, ou seja, relações nominais foram criadas sem repetição de nomes, no mesmo segmento ao longo dos três mandatos. Foram preservadas as repetições que ocorreram em segmentos diferentes.

Tendo em vista que as tabelas apresentavam números muito acima de quinze participantes – número máximo preconizado para utilização da técnica de grupo focal –, decidiu-se por escolher, para contato inicial, um número próximo a 30, para se ter uma margem segura de participantes para viabilizar a realização dos grupos focais, quando do convite para participação na pesquisa, visto que dificuldades na sua localização poderiam ser encontradas, devido à passagem de mais de dez anos, em alguns casos. Foram calculados os percentuais de representatividade para o número de 30 e preservados na escolha dos selecionados, conforme Tabelas 2-7.

Tabela 2 - Percentual de conselheiros titulares na região urbana de Prosa por segmento e representação e o número absoluto para a escolha de participação nos grupos focais, em Campo Grande, 2009.

Segmento	Conselheiros		Número absoluto para a escolha (N=30)
	N	%	
Saúde	5	9,4	3
Educação	7	13,2	4
Comunitário	24	45,2	14
Regional	17	32,0	9
Total	53	100,0	30

Tabela 3 - Percentual de conselheiros titulares total por segmento e de representação para o estabelecimento de critérios na região urbana de Anhanduizinho em relação ao total de conselheiros titulares, em Campo Grande, 2009.

Segmento	Conselheiros		Número absoluto para a escolha (N=30)
	N	%	
Saúde	7	5,6	2
Educação	20	16,1	5
Comunitário	79	63,7	19
Regional	18	14,5	4
Total	124	100,0	30

Tabela 4 - Percentual de conselheiros titulares total por segmento e de representação para o estabelecimento de critérios na região urbana de Segredo em relação ao total de conselheiros titulares, em Campo Grande, 2009.

Segmento	Conselheiros		Número absoluto para a escolha (N=30)
	N	%	
Saúde	3	6,8	2
Educação	4	9,0	3
Comunitário	23	52,2	16
Regional	14	31,8	9
Total	44	100,0	30

Tabela 5 - Percentual de conselheiros titulares total por segmento e de representação para o estabelecimento de critérios na região urbana de Lagoa em relação ao total de conselheiros titulares, em Campo Grande, 2009

Segmento	Conselheiros		Número absoluto para a escolha (N=30)
	N	%	
Saúde	4	7,0	2
Educação	10	17,5	5
Comunitário	27	47,3	14
Regional	16	28,0	9
Total	57	100,0	30

Tabela 6 - Percentual de conselheiros titulares total por segmento e de representação para o estabelecimento de critérios na região urbana de Imbirussu em relação ao total de conselheiros titulares, em Campo Grande, 2009

Segmento	Conselheiros		Número absoluto para a escolha (N=30)
	N	%	
Saúde	2	4,3	1
Educação	6	13	4
Comunitário	26	56,5	17
Regional	12	26,0	8
Total	46	100,0	30

Tabela 7 - Percentual de conselheiros titulares total por segmento e de representação para o estabelecimento de critérios na região urbana de Bandeira em relação ao total de conselheiros titulares, em Campo Grande, 2009

Segmento	Conselheiros		Número absoluto para a escolha (N=30)
	N	%	
Saúde	6	8,6	3
Educação	5	7,2	2
Comunitário	41	59,4	18
Regional	17	24,6	7
Total	69	100,0	30

Prosseguindo à escolha dos conselheiros, respeitando-se o critério de percentual máximo de representatividade dentro do segmento, foram definidos os seguintes critérios para se atingir o número de trinta para cada conselho, utilizados na sequência apresentada: repetição (aqueles que se repetiam na mesma região urbana em segmentos diferentes), participação maior no período de execução do PVSb (de julho de 2001 a dezembro de 2004) e sorteio.

Concluída essa etapa, deu-se a consolidação final da relação nominal para o convite de conselheiros à participação na pesquisa, conforme processo de escolha, obedecendo-se os critérios definidos. Partiu-se, então, para a localização desses sujeitos.

3.3.2 Contato com o Planurb – Auxílio na Identificação dos Conselheiros

Para localizar os conselheiros selecionados, buscou-se o auxílio da Planurb que, por meio de seus funcionários, dispôs-se a auxiliar no contato inicial dos conselheiros. Foram entregues as relações nominais consolidadas por segmento, período e região urbana. Funcionários da Planurb localizaram em seus arquivos os telefones dos conselheiros e fizeram as ligações iniciais dos localizados, informando-os sobre a realização da pesquisa e do contato que seria feito pela pesquisadora. Vale ressaltar que aí se apresentou a dificuldade de localização de número expressivo de conselheiros, em especial, os do período mais antigo, pela mudança dos números telefônicos.

A equipe da Planurb, então, entregou a relação dos contatados para a pesquisadora e sugeriu a participação em uma das reuniões mensais de cada CRU para explicar a pesquisa aos conselheiros e tentar identificar os contatos dos conselheiros selecionados por meio dos conselheiros atuais. A sugestão foi acatada e tentou-se identificar os conselheiros selecionados nas reuniões dos CRU. Mesmo assim, muitos conselheiros não foram localizados, apesar da colaboração de todos os conselheiros atuais que procuraram e repassaram à pesquisadora os contatos que tinham dos antigos conselheiros. Isso permitiu a localização de muitos conselheiros selecionados para participarem dos grupos focais.

Para completar a lista selecionada, outros procedimentos foram realizados: contato presencial com a União Municipal das Associações de Moradores (UMAM) e contato telefônico com a União Campo-grandense das Associações de Moradores em Favelas e Assentamentos (UCAF), o que possibilitou a identificação de atores-chave que auxiliaram na localização dos outros conselheiros selecionados.

Uma vez finalizada a identificação dos selecionados, uma série de outros critérios foram obedecidos para a participação dos conselheiros na pesquisa: residir em Campo Grande-MS, lembrar-se da iniciativa PVSB e estar disposto a participar.

3.3.3 Contato com os Selecionados

Os representantes de governo foram contatados por via telefônica, pessoalmente ou por meio de seus assessores, para a explicação da proposta da pesquisa e para o convite à participação. A maioria das entrevistas foi reagendada por diversas vezes em virtude de intercorrências na vida profissional dos representantes.

Os representantes da população também foram contatados por via telefônica, por inúmeras vezes: quinze dias antes do grupo focal, para explicar a proposta da pesquisa, e uma semana anterior para falar sobre o local de realização do grupo focal, no dia anterior e, em alguns casos, no próprio dia da realização do grupo focal.

3.3.4 Realização das Entrevistas

As entrevistas individuais em profundidade foram realizadas com tomadores de decisão denominados para efeito da pesquisa como gestores e técnicos, com prévio roteiro estruturado de perguntas abertas. Foram realizadas nove entrevistas, sendo seis com técnicos que trabalharam na UTC: um coordenador do Planurb, um representante da Secretaria Municipal

de Saúde Pública (SESAU), três representantes da Secretaria Municipal de Serviços e Obras Públicas (SESOP) e um representante da Secretaria Municipal de Assistência Social (SAS). Apenas um dos representantes da UTC foi contatado e não aceitou participar da pesquisa. As três outras entrevistas foram realizadas com os gestores. Fez-se inicialmente a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Dos nove entrevistados, seis eram do sexo feminino e três do sexo masculino. Destes, oito ainda pertencem aos quadros da administração pública e um está aposentado. Dos funcionários na ativa, três estão na gestão estadual e cinco na gestão municipal.

3.3.5 Realização dos Grupos Focais

Foram realizados seis encontros, todos na sede do Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul, sob a coordenação de uma psicóloga com experiência na condução de grupos focais como moderadora e da pesquisadora como observadora e relatora do processo. Todo o processo foi gravado, em três cópias de segurança: gravador analógico profissional pertencente ao Conselho Estadual de Saúde e gravadores analógico e digital da pesquisadora. Todos os participantes concordaram com a gravação. Apenas um dos presentes, após a leitura inicial do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, decidiu não participar (Apêndice A).

As gravações foram ouvidas e transcritas integralmente. Após esse procedimento, fez-se a leitura detalhada do material coletado e seguiu-se à codificação dos discursos.

3.3.5.1 Perfil dos participantes dos grupos focais

Para cada participante foi entregue um instrumento, para a caracterização do perfil (Apêndice B - Perfil). Participaram da pesquisa 36 conselheiros representantes da população das seis regiões urbanas que tiveram a intervenção realizada. Destes, 12 eram do sexo feminino e 24 do sexo masculino. Em relação à idade, todos adultos, com predominância da faixa etária de 40 a 50 anos (45%) (Gráfico 7).

Em relação à profissão, os maiores percentuais encontraram-se no item aposentado (31%) e exercício no setor público (33%). Apenas um conselheiro (3%) referiu estar desempregado (Gráfico 8).

Em relação à escolaridade, 25% dos conselheiros referiram ter ensino médio completo e 25% superior completo, apenas um (3%) é pós-graduado e um (3%) referiu não ter sido alfabetizado (Gráfico 9).

Gráfico 7 - Perfil dos participantes dos grupos focais, quanto à idade, em Campo Grande, 2009.

Gráfico 8 - Perfil dos participantes dos grupos focais, quanto à profissão, em Campo Grande, 2009.

Gráfico 9 - Perfil dos participantes dos grupos focais, quanto à escolaridade, em Campo Grande, 2009.

Quanto à renda, 39% recebiam entre dois a cinco salários mínimos e 22% entre um a dois salários mínimos, 17% mais que cinco salários mínimos e 17% não informaram (Gráfico 10).

Em relação ao tempo de atuação como conselheiro, 12 conselheiros (33%) exerciam esta atividade entre três e cinco anos, seis (17%) a mais que nove anos e os 18 (50%) restantes dividiram-se paritariamente entre a atuação de cinco a sete anos e de sete a nove anos (Gráfico 11).

Em relação ao segmento de representação, 19 conselheiros (53%) informaram ser do segmento comunitário, oito (22%) das entidades regionais, seis (17%) do segmento saúde e apenas três (8%) do segmento da educação (Gráfico 12).

Gráfico 10 - Perfil dos participantes dos grupos focais, quanto à renda, em Campo Grande, 2009.

Gráfico 11 - Perfil dos participantes dos grupos focais, quanto ao tempo de atuação como conselheiro, em Campo Grande, 2009.

Gráfico 12 - Perfil dos participantes dos grupos focais, quanto ao segmento de representação, em Campo Grande, 2009.

3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Segundo TANAKA e MELO (2001, p. 32), numa análise de dados qualitativos o mais importante “é definir com pertinência os dados necessários, sem preocupações com a definição de uma amostra estatística, pois o que se busca é compreender o significado e as relações expressadas”. Nessa perspectiva de compreensão dos significados encontrados nos depoimentos coletados, optou-se por utilizar a técnica da análise de conteúdo, descrita por BARDIN (1988, p. 14) como a utilização de um conjunto de técnicas que possibilitam a procura por significados obscuros além do próprio texto:

Mensagens obscuras que exigem uma interpretação, mensagens com um duplo sentido cuja significação profunda só pode surgir depois de uma observação cuidadosa ou de uma intuição carismática. Por detrás do discurso aparente, geralmente simbólico e polissêmico, esconde-se um sentido que convém desvendar.

Pressupôs-se que os representantes de governo (gestores e técnicos, membros da UTC do PVSB) e da população (conselheiros dos CRU) possuíam representações sociais acerca do processo de planejamento e execução da intervenção. Portanto, buscou-se, por meio dos depoimentos, conhecer seus sentimentos, percepções, pensamentos, atitudes e valores diante da vivência da iniciativa realizada em Campo Grande-MS.

Após exaustiva leitura e organização dos dados, procedeu-se à procura pela identificação dos núcleos de sentido constante no conjunto de depoimentos. Neste estudo, optou-se pela análise temática cuja proposta “consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2005, p. 209).

Segundo Minayo (2005, p. 209), a análise temática compreende três etapas:

1) Pré-Análise: determinam-se nesta fase, as unidades de registro – palavras-chave ou frases, a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos gerais que orientarão a análise;

2) Exploração do Material: consiste na operação de codificação, ou seja, transformação dos dados obtidos com o objetivo de compreender o texto a partir do seu núcleo de sentido. Trabalha-se no recorte do texto em unidades de registro e realiza-se a classificação e agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão as especificações do tema;

3) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: interpretam-se os dados obtidos, já categorizados, correlacionando-os com o quadro teórico utilizado na pesquisa.

Numa fase pré-analítica, o material foi organizado segundo os depoimentos por tipo de instrumento utilizado para a coleta de dados – entrevistas individuais e grupos focais – e tipo de sujeitos participantes – representantes de governo e da população. O Quadro 3 apresenta a tipologia utilizada e a letra correspondente ao discurso de acordo com o instrumento utilizado.

Quadro 3 - Tipologia utilizada e letra correspondente à fala de acordo com o instrumento utilizado, em Campo Grande, 2009

Entrevistas	Siglas
Gestor 1	G1
Gestor 2	G2
Gestor 3	G3
Técnico 1	T1
Técnico 2	T2
Técnico 3	T3
Técnico 4	T4
Técnico 5	T5
Técnico 6	T6
Grupos focais	Siglas
Conselho Regional Urbano Prosa	P
Conselho Regional Urbano Segredo	S
Conselho Regional Urbano Imbirussu	I
Conselho Regional Urbano Anhanduizinho	A
Conselho Regional Urbano Bandeira	B
Conselho Regional Urbano Lagoa	L

Em cada depoimento coletado foram identificados os núcleos de sentido relacionados ao objeto da pesquisa, estes por sua vez, foram classificados e agregados, o que possibilitou a identificação das categorias: **contexto analítico do PVSB; intersetorialidade e participação social no PVSB e o enfoque dos DSS no PVSB**. Optou-se pela análise temática, disposta entre as técnicas de análise de conteúdo, já que ela possibilita a visualização dos temas emanados dos depoimentos (MINAYO, 1999).

Os quadros iniciais completos, por tipo de instrumento, encontram-se no Apêndice C, apresentando a agregação dos significados dos depoimentos, que possibilitou a identificação das categorias. A seguir, apresenta-se um quadro resumido desses achados.

Figura 15 - Esquematização das categorias emanadas nos depoimentos, de acordo com as dimensões do PVSB e respectivas ideias-chave. Campo Grande, 2009.

Estudos de SOUZA e ZIONI (2003, p. 78), numa pesquisa em dois bairros populares do município de Mairiporã, realizada entre 2000 e 2001, com o objetivo de identificar as representações sociais em relação a recursos hídricos, utilizou várias técnicas. Tal opção de escolha partiu do pressuposto das autoras de:

(...) que a análise das falas, ao lado de uma observação sistemática acerca dos múltiplos aspectos inerentes ao cotidiano dos sujeitos e do levantamento de informações complementares, as quais dizem respeito a sua dinâmica social, sejam instrumentos que subsidiem a compreensão destes significados, uma vez que possibilitam a identificação das representações sociais, assim como dos elementos políticos, culturais e econômicos que permeiam o contexto no qual são produzidas socialmente.

As autoras optaram por utilizar, para a análise dos dados, a metodologia de triangulação dos dados coletados através de fontes múltiplas e acreditaram obter uma maior validade dos dados e uma inserção mais aprofundada dos pesquisadores no contexto de onde emergiam os fatos, os discursos e as ações dos sujeitos.

Segundo MINAYO (2005, p. 29), a triangulação:

(...) é um conceito que vem do interacionismo simbólico e é desenvolvido, dentro dessa corrente, primeiramente por Denzin (1973), significando a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista; a tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada; a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação.

Assim, foi utilizada nesta pesquisa a metodologia da triangulação de dados, pela possibilidade de se observar a realidade a partir de distintos ângulos, fazendo dialogar questões objetivas e subjetivas, respeitando-se “a análise do contexto, da história, das relações, das representações e da participação”. Isto permitiu a ampliação do “espectro de contribuições teórico-metodológicas, de forma a perceber movimentos, estruturas, ação dos sujeitos, indicadores, e relações entre micro e macro realidades” (MINAYO, 2005, p. 29).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) deu-se em 1º de junho de 2007, em sua 4ª/07 Sessão Ordinária. O ofício COEP 100/07 registra esta aprovação e encontra-se no Anexo A.

Para a realização desta pesquisa, foi obtida a autorização da Prefeitura Municipal de Campo Grande (Anexo A). Na realização de cada entrevista foi explicado o objetivo da pesquisa e foram apresentados a carta de anuência da Prefeitura Municipal de Campo Grande para sua realização, a aprovação do COEP da FSP/USP e o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (Apêndice A).

Para cada grupo focal também foi explicado o objetivo da pesquisa e foram apresentados a carta de anuência da Prefeitura Municipal de Campo Grande para sua realização, a aprovação do COEP da FSP/USP e o instrumento Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CONTEXTO ANALÍTICO DO PVSB

Uma das categorias emanadas dos depoimentos foi o contexto analítico do PVSB, em que as dimensões referentes à origem histórica, desenvolvimento das ações e resultados do PVSB foram suscitadas. Nessas dimensões do PVSB, estão presentes as ideias-chave: **planejamento, decisão do gestor, participação no planejamento da iniciativa, financiamento, gerenciamento do PVSB, moradia, obras viárias e saneamento básico, ampliação e construção de equipamentos públicos e comunitários, atividades esportivas e culturais, geração de emprego e renda, avaliação.**

Para melhor compreender os processos do PVSB, a descrição será apresentada orientando-se pelas ideias-chave. A narrativa histórica advém dos discursos obtidos nas entrevistas e nos grupos focais e da análise realizada dos seguintes documentos: Projeto Multissetorial integrado Viva Seu Bairro, 2001; Relatório de Acompanhamento do Projeto: Projeto Multissetorial integrado, 2003; Relatório de Acompanhamento do Projeto: Projeto Multissetorial integrado, 2004; Relatório de Avaliação: 2º Relatório Mensal – setembro/2004 – Relatório final e um artigo publicado em revista científica (DOBASHI et al., 2005).

Um dos elementos importantes a ser destacado é o do contexto político do período em que se processou a iniciativa, já que a administração municipal vem configurando a sucessão do mesmo partido político nos últimos anos: de 1997 a 2001, a administração municipal do PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro); de 2002 a 2004, reeleição do gestor

municipal e, de 2005 a 2008, a administração municipal passou a ser feita pelo sucessor do mesmo partido. O PVSB teve início na segunda administração municipal do PMDB, em 2002. Desde 2007, o gestor municipal do período entre 1997 e 2004 é o governador do estado de Mato Grosso do Sul, eleito pelo mesmo partido político.

Planejamento

O projeto teve sua idealização a partir das observações feitas pelas equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), que iniciaram seus trabalhos em 1997 e 1999, respectivamente. Ao percorrerem os bairros no processo de cadastramento das famílias adscritas a cada território, as equipes se depararam com os problemas existentes em diversos bairros da cidade, que correspondiam aos DSS, e compreenderam a necessidade de enfrentá-los na busca da promoção da qualidade de vida e saúde da população.

Um dos gestores reporta este momento:

Quando nós implantamos o Saúde da Família, os agentes comunitários chegaram mais cedo, eles chegaram em Campo Grande em 1997, e o Saúde da Família, em 1999. Começamos a fazer os projetos em 1998 e de fato em 1999; e, ao percorrer os bairros, a sua área de atuação pra cadastrar a família (porque as equipes iam atender), eles começaram a perceber as outras questões que, na verdade, são os DSS que tinha que ser trabalhados sob pena de não se conseguir melhorar o nível de saúde da população (G3).

A atuação dos Agentes Comunitários de Saúde também foi lembrada nos grupos focais como importante para o diagnóstico das necessidades do território:

Na questão do levantamento, do conhecimento da comunidade em relação à saúde, acho que realmente a pesquisa, o conhecer da comunidade. Os agentes veem o que existe e qual a necessidade da comunidade ali (...) (B5).

A pesquisa, a importância desses agentes de saúde, o mapeamento da saúde na comunidade (B6).

(...) a preservação dos córregos, as cabeceiras, e os mananciais do rio que tem, foi justamente o problema ambiental que os próprios agentes de saúde descobriram (...) **(B2)**.

A percepção de que quem conhece as necessidades dos territórios são as pessoas que nele residem também foi ressaltada por um conselheiro:

Porque realmente quem conhece os problemas que tem lá na sua vila é quem mora lá, porque o prefeito, os vereadores, eles não moram no bairro, eles moram no centro da cidade, então quem conhece cada bairro são os próprios moradores e é o presidente que está ali dentro. **(L)**.

Assim, os dados levantados por essas equipes, por meio da aplicação de questionários próprios utilizados por elas, foram tabulados e estratificados, de modo a estabelecer áreas hierarquizadas por prioridade de intervenção. A estratificação deu-se pela combinação dos itens analisados, de acordo com sua presença e/ou grau de adequação: moradia, abastecimento de água, coleta de lixo e instalações sanitárias.

Das 32 áreas identificadas, seis foram classificadas como objeto de atuação prioritária, devido à concentração ou gravidade de sua condição social e urbanística (CAMPO GRANDE, 2001). O mapa a seguir mostra a distribuição das áreas de risco, segundo o grau de criticidade dos itens analisados, e apresenta também a área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Vale destacar que os documentos consultados não apresentaram detalhamento quanto à metodologia utilizada para a definição da hierarquização, não obstante infere-se que as áreas em piores condições quanto aos itens analisados, foram consideradas as de maior grau de criticidade.

As áreas estão identificadas por cores: roxa, vermelha, terra, laranja, amarela e branca (Figura 16).

Figura 16 - Distribuição das áreas de risco, segundo o grau de criticidade de acordo com os itens analisados – moradia, abastecimento de água, coleta de lixo e instalações sanitárias –, e a área de abrangência das UBS, em Campo Grande, 2002.

Fonte: CAMPO GRANDE, 2002, p. 40.

O relato a seguir descreve que o conhecimento da atuação do PACS na identificação das áreas de risco da cidade à época culminou na história do PVSB:

A história da iniciativa do Viva Seu Bairro foi(...)trazida pelo conhecimento dos agentes comunitários de saúde(...) (G2).

Neste contexto político e administrativo, a equipe da administração municipal sistematizou os principais problemas municipais naquele momento em que a cidade possuía uma população urbana de 654.832 habitantes (CAMPO GRANDE, 2001):

1. Moradia – população favelada correspondente a 4,64% da população municipal, cerca de 27.845 habitantes. Déficit habitacional de 20.739 habitações, correspondente a 32% do total do estado.
2. Infraestrutura – dois desafios a serem enfrentados: a baixa densidade populacional e a grande dimensão territorial da área urbana. Essas duas características da cidade foram apontadas como obstáculos para a distribuição de equipamentos sociais em sua totalidade, uma vez que era mobilizada uma grande quantidade de recursos para atender a um número mínimo de pessoas. A cobertura da rede de esgoto era de 21%, sendo o restante solucionado por fossas sépticas. A rede de abastecimento de água era de 97%, mas foi considerada deficiente, pois apresentava interrupções frequentes.
3. Transporte – o maior desafio encontrava-se na periferia, já que os bairros periféricos apresentavam índice de pavimentação inferior a 10% do sistema viário local.
4. Educação – principais problemas nessas áreas: o acesso a escola e a participação dos alunos durante o ano letivo. As creches, denominadas CEINF (Centros de Educação Infantil), não atendiam à demanda, e as existentes encontravam-se com sua capacidade esgotada.
5. Saúde – dificuldades do acesso da população e a necessidade de

ampliação do PSF (Programa Saúde da Família).

6. Cultura e Lazer – carência de espaços públicos, áreas de lazer e práticas de esporte na periferia.

No registro documental dessa ação há referência de que

A definição das áreas de atuação do Projeto VIVA SEU BAIRRO é resultado da análise dos dados obtidos pela Secretaria Municipal de Saúde Pública – SESA – através do Programa de Agentes de Saúde – PACS – e do Programa de Saúde da Família – PSF (CAMPO GRANDE, 2001, p. 12).

Fica clara a importância do setor saúde na deflagração da iniciativa, e a que a mesma se deve à utilização de um conceito ampliado do processo saúde-doença, ou seja, do entendimento da saúde como resultante de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida (BUSS, 2000; BRASIL, 1986). O papel protagonista do setor saúde no desencadeamento de iniciativas intersetoriais voltadas à promoção da qualidade de vida está no escopo das políticas públicas saudáveis, preconizada no campo da promoção da saúde (MINAYO et al., 2000).

Decisão do gestor

Os autores DOBASHI et al. (2005, p. 29) descrevem que, aliado ao mapeamento, já existia na pauta da gestão municipal a vontade política pela busca da ação intersetorial e da integração das agendas:

Os esforços conjuntos da equipe da Secretaria Municipal de Saúde e a vontade política do Prefeito Municipal foram os desencadeadores da escolha do caminho intersetorial, que se deu em função da discussão que permeava todas as agendas municipais, a respeito da ação integrada. Era desejo de todos os Secretários que participavam da administração municipal, à época, a integração de políticas públicas.

Na busca de reconhecer as necessidades e possibilidades do território, a equipe da administração municipal, com os dados coletados durante as visitas domiciliares realizadas pelas equipes de saúde, iniciou o processo de planejamento da iniciativa. Os dados passaram a ser objeto de análise dos técnicos dos diversos setores da administração municipal. Um dos técnicos da administração municipal relatou o processo:

Nós fazíamos reuniões, era com o prefeito e todos os secretários e cada um falava uma parte, o que queria fazer e o que pretendia, mesmo assim era muito pouco, nós precisávamos de uma coisa mais concreta, então fizemos um grande painel e nesse painel tinha a interface com outras secretarias, colocava o nome da secretaria da saúde que trabalharia com controle social, com zoonoses, com educação permanente, educação em saúde, e daí nós tínhamos os quadradinhos com o que seria feito e aí a outra secretaria vinha e dizia como queria trabalhar (...) (T5).

A fim de promover a integração técnica das equipes e, principalmente, para permitir a articulação das estratégias selecionadas, foram realizadas oficinas de trabalho e seminários de integração, resultando na produção de planilhas contendo o reconhecimento das áreas, os dados que embasaram os diagnósticos e as possibilidades de atuação (DOBASHI et al., 2005).

Participação no planejamento da iniciativa

DOBASHI et al.(2005) relataram essa fase do projeto, explicando que as planilhas eram apresentadas e discutidas nos conselhos, especialmente os CRU, para a negociação e definição das ações. Relataram, também, que o objetivo foi amadurecer as relações de cooperação e gestão da cidade entre gestores e munícipes conselheiros.

A análise documental descreveu o início das atividades da iniciativa e a intenção de propiciar mecanismos de participação de forma articulada entre conselhos gestores, CRU, UTC e Colegiado de Gestão:

O projeto VIVA SEU BAIRRO vem sendo discutido em cada Conselho Regional, e foi apresentado ao CMDU no dia 12

de junho. Está prevista a articulação do Colegiado de Gestão com os Conselhos Regionais, a fim de permitir o acompanhamento em todas as fases do projeto e a participação dos moradores nas eventuais modificações e ajustes que se fizerem necessários. As equipes locais que atuarão nas diversas áreas do VIVA SEU BAIRRO se reportarão a esses Conselhos Gestores, em primeira instância, gerando informações para a UTC, o Colegiado de Gestão e os Conselhos Regionais (CAMPO GRANDE, 2001, p. 30).

O relato da participação social no planejamento do PVSB está inserido de forma positiva tanto nos depoimentos dos entrevistados quanto nos relatos obtidos nos grupos focais. Os representantes da população descreveram ter participado da investigação das áreas de risco social que existiam à época na cidade, recordaram-se da aproximação entre os moradores dos bairros, a entidade associativa da união dos moradores das favelas, as lideranças comunitárias e o próprio gestor público municipal.

Nós participávamos da investigação das áreas, as áreas insalubres aqui de Campo Grande - Mato Grosso do Sul, nós não temos mais moradores em beira de córregos, não temos mais favelas (B).

O pessoal estava envolvido no “Viva Seu Bairro”, junto com a UCAF que é União das Associações dos moradores de Favelas e juntamente com o prefeito, então lá no bairro tinha muitos encontros (L).

Porque o “Viva seu Bairro”, quem ia discutir, quem participava das discussões eram as lideranças comunitárias, elas têm uma visão política maior, e uma visão comunitária também boa para discutir aquilo que o bairro precisava, aquilo que a comunidade queria, porque só através da sociedade organizada é que você pode mudar a história de uma cidade como um todo (A).

Os discursos sinalizam a mobilização de vários setores no planejamento da iniciativa, tanto nos espaços da esfera pública quanto nos da sociedade civil. Parece que houve uma preocupação da gestão municipal em aproximar-se das comunidades, com o objetivo de dialogar com os grupos organizados e construir propostas de ações conjuntas com eles.

Eles participaram também do planejamento. Foi feito todo um planejamento apresentado para eles. A gente percebia que tinha uma maior preocupação com essa parte de colocarem eles a par para que participassem também do planejamento do que ia ser feito nas regiões de cada um (T3).

Conseguimos desde o início uma participação da comunidade, a princípio através dos Conselhos Regionais, e, claro, nas localidades que tinham uma ligação mais direta com projeto, essas lideranças que estavam nos Conselhos Regionais, elas foram o ponto de partida para gente (T1).

A forma como ocorreu essa participação na fase de planejamento do projeto, também foi explicada nas entrevistas feitas com os gestores:

Antes da gente apresentar o projeto pro banco, a gente foi em cada região, escolhia o lugar, geralmente, era o lugar onde o conselho regional se reunia e fazia uma mobilização grande, chamava os moradores e eles iam pras reuniões, e a gente apresentava a saúde, apresentava a educação, a ação social, (...) para que as pessoas fizessem as reivindicações: “olha aquele posto de saúde, aquela escola, aquela creche, aquele não sei o quê (G3).

No discurso de um dos técnicos do PVSB observa-se a reflexão do diferencial de um projeto quando a participação se inicia no diagnóstico participativo e as decisões são feitas pelos moradores do local da intervenção, de forma ascendente e participativa:

Então foi muito rica essa experiência de ir nos bairros apresentar as ideias para associações de moradores que eram os conselhos ampliados. O Conselho chamava associações de moradores, que chamavam pessoas que queriam participar e a gente apresentava as ideias que tínhamos para aquele bairro e tínhamos a contraproposta dos moradores, os moradores falavam: “mas não, essa rua está asfaltada, é melhor asfaltar a de cima, que não sei por que tem uma água que desce não sei da onde” (...) Eu achei essa experiência muito importante, vivido na prática das pessoas, saberem melhor que o poder público a solução pro seu espaço, pro seu território, um diagnóstico participativo e uma decisão foram possíveis para os bairros, para os moradores interferirem nas ações que iriam ser feitas nas ações do “Viva seu Bairro”. Eles não faziam uma homologação de você chegar lá e falar vai ser isso e acabou (T1).

Como já descrito, para o PVSB foram escolhidas as seis grandes áreas consideradas de maior risco: Nova Lima, Centro-Oeste, Itamaracá, São Conrado, Veraneio e Popular. A seguir a Tabela 8 apresenta os dados relativos à população direta e indiretamente beneficiada (CAMPO GRANDE, 2001).

Tabela 8 - Região urbana, área, população beneficiada, em Campo Grande, 2001.

Região urbana	Área	População beneficiada	
		Diretamente	Indiretamente
Anhanduizinho	Centro-Oeste	26.403	9.136
Lagoa	São Conrado	6.200	13.498
Imbirussu	Popular	10.100	16.406
Segredo	Nova Lima	5.750	16.485
Prosa	Veraneio	2.600	19.422
Bandeira	Itamaracá	7.000	4.783
Total		58.053	79.730

Essas áreas tiveram como integrantes noventa loteamentos, em uma área total de 5.094,99 hectares, beneficiando diretamente uma população de 58.053 pessoas e indiretamente 79.730, resultando em 137.783 beneficiados (CAMPO GRANDE, 2001). A Figura 17 apresenta o mapa das áreas de intervenção, em Campo Grande, no ano de 2006.

Figura 17 - Áreas de intervenção do PVSB, em Campo Grande, 2006.

Fonte: adaptação do mapa cedido pelo SESAU, em 2006.

Financiamento

A escolha por essas áreas de atuação foi apoiada tanto pela análise técnica da necessidade de intervenção nas áreas de risco social, como pela possibilidade de utilização da linha de financiamento do BNDES para a implantação de Projetos Multissetoriais Integrados (CAMPO GRANDE, 2004a).

Essa decisão foi lembrada por técnicos da administração municipal:

Veio a calhar essa possibilidade do projeto financiado pelo BNDES, que é uma linha de financiamento de inclusão social, projetos multissetoriais integrados, nós fomos lá, dizer esses problemas que nós tínhamos na área de saúde, com esse desenho envolvendo habitação, saneamento, infraestrutura, atendimento social, geração de renda. E aí, quer dizer, justamente, nós já tínhamos essa primeira intenção com uma área menor, que nós vimos que com os recursos do BNDES nós teríamos condições, aí sim, de estar trabalhando nas seis áreas concomitantemente (T1).

O financiamento foi composto da seguinte forma: recursos próprios do município e da autarquia municipal (à época) responsável pelo setor de saneamento (42,11% do total) e aporte financeiro proveniente de empréstimo realizado com o BNDES (44,7%). Isso foi possível a partir do momento em que a proposta apresentada pela Prefeitura de Campo Grande demonstrou a integração de suas ações, encaixando-se no perfil da linha de financiamento para PMI instituída por aquele banco. Também foram agregados recursos do Orçamento Geral da União (3%) e articulada a participação do Ministério das Cidades, por meio do Programa Habitar Brasil (9,1%), além de parcerias locais.

Assim, diante dos problemas elencados, partiu-se para a definição dos objetivos do PVSb (CAMPO GRANDE, 2004a, p. 14):

- Desenvolver nas áreas selecionadas ações que viabilizassem um patamar mínimo de acesso a equipamentos de infraestrutura urbana e possibilitassem o desenvolvimento sustentável e participativo da comunidade, gerando renda e respeitando o meio ambiente.

- Implementar ações sociais objetivando o resgate social da população-alvo, garantindo os direitos fundamentais de cidadania e reduzindo as desigualdades sociais.
- Implantar infraestrutura urbana com previsão e adequação dos serviços de abastecimento de água, esgotamento sanitário, drenagem e pavimentação, através de padrão sanitário mínimo.
- Construir acessos seguros e confortáveis aos principais pontos de encontro da comunidade, visando o desenvolvimento de atividades culturais, esportivas, comerciais e de serviços, consolidando esses espaços como centros do bairro.
- Promover meios alternativos de acesso ao crédito para a implantação de pequenos negócios, apoiar a geração de renda e promover a qualificação profissional.
- Estabelecer parcerias entre o poder público e a comunidade, implantando modelo corresponsável de intervenção, garantindo a sua participação em todas as etapas do projeto.

Segundo a análise de documentos, a iniciativa foi programada para viabilizar um patamar mínimo de acesso a equipamentos, serviços e infraestrutura urbana e possibilitar o desenvolvimento sustentável e participativo das áreas, gerando emprego e respeitando o ambiente (CAMPO GRANDE, 2001).

Como abordado anteriormente, na década passada incentivou-se, por meio de linhas de financiamento, a expansão de políticas e programas voltados a grupos vulneráveis. No entanto, muitos projetos, conhecidos como focalizados, eram “abordados de forma setorializada, fragmentada, carentes de articulação entre si”, mesmo sendo realizados em um mesmo grupo populacional, ocorrendo no mesmo espaço (CNDSS, 2008, p.125).

E foi, neste contexto, que o PVSB surgiu, apoiado na linha de financiamento para projetos multissetoriais integrados, focalizado nas piores áreas de risco das seis regiões da cidade, mas com atuação sobre determinantes sociais da saúde, objetivando reduzir desigualdades sociais. Vale a pena destacar que, no início da intervenção, a população da cidade

era de 654.832 habitantes e que o PVSB objetivava atender 137.783 habitantes. Isto significa que o PVSB pretendeu atingir um percentual de 20,95 da população total.

Quatro grandes componentes para o PVSB foram previstos: desenvolvimento urbano, desenvolvimento social, geração de renda e gerenciamento. Para cada componente foram pensados subcomponentes que nortearam as ações de intervenção: moradia, obras viárias e saneamento básico, conforto e segurança, ampliação e construção de equipamentos públicos e comunitários, ações sociais, participação comunitária e geração de renda. Para melhor interpretação, os componentes do projeto encontram-se relatados a seguir (Quadro 4).

Quadro 4 - Componentes, subcomponentes e respectivas ações previstas para o PVSB, em Campo Grande, 2004.

Componentes	Sub componentes	Intervenções
Desenvolvimento urbano	Moradia	Regularização fundiária; melhorias habitacionais; construção de conjuntos habitacionais de interesse social. Reassentamento de famílias que ocupam áreas insalubres; construção de habitação para idoso.
	Obras viárias e saneamento básico	Pavimentação asfáltica; Drenagem; Obras viárias, Sinalização viária; Iluminação pública; Saneamento básico; Instalação de melhoria e módulos sanitários; Oficina de saneamento; recuperação de áreas degradadas.
	Conforto e segurança	Implantação de sinalização viária; iluminação pública; abrigos de ônibus; endereçamento das ruas e calçamento junto aos prédios públicos.
	Ampliação e construção de equipamentos públicos e comunitários	Esporte e Lazer – Campos de futebol, quadras poliesportivas, ginásios cobertos, área de lazer. Educação – escolas, bibliotecas. Assistência Social – centros de educação infantil, centros de múltiplo uso, centro comunitário. Saúde – centros de saúde.

Continua.

Quadro 4 - Componentes, subcomponentes e respectivas ações previstas para o PVSB, em Campo Grande, 2004.

Continuação.

Desenvolvimento social	Ações sociais	Atividades esportivas; Atividades culturais; Alfabetização de adultos; Atendimento ao adolescente; Atendimento à criança; Atendimento à saúde; Educação para o trânsito; Educação ambiental.
	Participação comunitária ⁸	Ações em parceria com a comunidade, tais como: limpeza de terrenos, projetos de arborização, instalação de lixeiras, campanhas de doação de sangue.
Geração de renda		Construção da fábrica da gente; Capacitação profissional e geração de renda; Incubadora de pequenas empresas; Pólo empresarial.
Gerenciamento		Ações e rotinas integradas, incluindo a avaliação das metas.

Fonte: CAMPO GRANDE, 2004^a

Como já ilustrado, o projeto planejou suas ações de intervenção em componentes de desenvolvimento urbano, desenvolvimento social e geração de renda. Os resultados alcançados equiparados às metas planejadas estão dispostos nos Quadros 8-13, por regiões urbanas, Anexo C deste trabalho e foram elaboradas conforme os relatórios da Prefeitura Municipal de Campo Grande, cuja consolidação foi feita por uma empresa de consultoria externa contratada à época.

Gerenciamento do PVSB

Refere-se às ações e rotinas integradas desenvolvidas entre os setores da administração municipal e que compuseram a estrutura operacional do projeto, formada pelo Colegiado de Gestão e pela UTC.

⁸ Descrito como: Trabalho social desenvolvido visando ampliar os conhecimentos e habilidades da comunidade para lidar com os problemas existentes, colaborando na construção da realidade social, na direção da integração, da participação e do comprometimento.

Enquanto tramitava o processo da liberação dos recursos no BNDES, a estrutura operacional do projeto foi instituída pelo Decreto nº 8.224, de 29 de maio de 2001, formada pelo Colegiado de Gestão e pela UTC. O Colegiado de Gestão, órgão deliberativo, foi composto dos titulares e respectivos suplentes dos órgãos responsáveis pela coordenação do projeto, sendo estes: Planurb, SESAU, SAS, Secretaria Municipal de Educação (SEMED), SESOP, Secretaria Municipal de Planejamento e Finanças (SEPLANFI), Secretaria de Desenvolvimento Econômico e do Departamento Agropecuário (SEDEC), Secretaria Municipal de Controle Urbanístico (SEMUR), Fundação Municipal de Cultura, Esporte e Lazer (FUNCESP), Fundação de Apoio a Comunidade (FAC), Agência Municipal de Transporte e Trânsito (AGETTRAN), Fundação Social do Trabalho (FUNSAT) e Empresa Municipal de Habitação (EMHA) (CAMPO GRANDE, 2004a). Cada um deles era responsável pela discussão do projeto em seu ambiente de gestão, incluindo o detalhamento dos dados obtidos pelo PACS/PSF, bem como as estratégias para enfrentamento dos problemas encontrados nos diversos bairros selecionados (DOBASHI et al., 2005).

A UTC, com o objetivo de apoiar o Colegiado de Gestão na tomada de decisões e promover as articulações com os CRU, foi composta de representantes do Planurb, SESAU, SESOP, Seplanfi (CAMPO GRANDE, 2001). A UTC tinha também a função de acompanhar a execução física do PVSb. O Colegiado de Gestão reunia-se mensalmente para ouvir os relatos da UTC, avaliar os rumos do projeto, reorientar o processo com novas intervenções e até mesmo solucionar entraves detectados. As reuniões aconteciam na sede do Planurb.

Após as etapas de planejamento e autorização do financiamento pelo BNDES, o projeto começou a ser executado em outubro de 2001, de forma matricial entre as secretarias, ou seja, cada atividade ficava sob a coordenação de um dos gestores, porém era desenvolvida em conjunto com um ou mais órgãos municipais envolvidos, com responsabilidade conjunta pelo alcance dos resultados.

Os técnicos que trabalharam na UTC descreveram a integração e as suas percepções quanto ao modo de trabalhar integrado:

Eu fazia a ponte de contato entre a Sesop, pois o planejamento da UTC era integrado. Ali, dentro da UTC, tinha o elo de todos (...) (T2).

Foi diferente, foi bem integrado, todas as secretarias estavam unidas. Porque estava todo mundo unido num só objetivo. Porque geralmente tem uma secretaria que sempre puxa mais, em obra é obra, social é social, e lá não. Era tudo, caminhava junto (...). Eu acho que porque era um projeto que assim que envolveu vários setores, foi experiência que até hoje para mim foi única, pois eu já trabalhei em mais outros lugares que também envolvia várias secretarias, mas cada um com seu papel. Eu acho que foi o único lugar que trabalhei integrado (T4).

Outro técnico da UTC descreveu a forma como foi o trabalho integrado entre as secretarias e sinalizou a efetividade de se trabalhar num comitê colegiado de políticas públicas:

Todas as reuniões que tinham na UTC, todas as gerências participavam, cada membro de cada setor da Prefeitura as que trabalhavam interligadas, então todas as secretarias da Prefeitura. A Secretaria de Assistência Social, da Saúde, Planurb tinham representantes para acompanhar esse serviço do “Viva Seu Bairro”. A Prefeitura trabalhando com todas as Secretarias interligadas, trabalhando junto, tudo corre melhor, porque você precisa de uma Secretaria, você tem uma pessoa auxiliando na Secretaria e com o “Viva Seu Bairro” todos os secretários deixavam abertas as portas, o que precisava eles atendiam (T3).

Em relação às ações desenvolvidas, o componente desenvolvimento urbano dizia respeito às que objetivavam atuar sobre as condições de moradia, obras viárias e saneamento básico, conforto e segurança das áreas e ampliação e construção de equipamentos públicos e comunitários. O relatório de avaliação do projeto descreve as seguintes ações (CAMPO GRANDE, 2004b):

- Construção de habitação de interesse social – habitação para idosos;
- Construção de habitações populares – conjuntos habitacionais dotados de

infraestrutura adequada (água, coleta de esgoto, energia, transporte coletivo e pavimentação da via coletora);

- Regularização fundiária – moradias regularizadas nas áreas pertencentes ao PVSB que haviam sido invadidas;
- Remanejamento de famílias – construção de moradias dentro da mesma região para as famílias que habitavam a margem dos rios e eram consideradas em situação de risco social;
- Melhorias habitacionais – destinadas às moradias que em situação precária;
- Pavimentação e drenagem – obras de pavimentação asfáltica e drenagem;
- Sinalizações viárias – implantação de sinalizações horizontais e verticais, construção de abrigos de ônibus, calçadas, endereçamento de ruas, iluminação pública;
- Saneamento básico – perfuração de poços artesianos, rede de distribuição de água, construção de reservatório, rebaixamento de rede, ligações domiciliares de água, implantação de esgoto, construção de uma Estação de Tratamento de Esgoto (ETE), recuperação de uma ETE já existente, implantação de ligações de esgoto;
- Módulos e melhorias sanitárias – instalação de banheiros, tanques de lavar, torneiras, pias de cozinha, sumidouros, caixas de gordura, caixas d'água, lavatórios, fossas sépticas, ligação na rede de abastecimento de água;
- Oficinas de saneamento – ação que empregava pessoas da comunidade local para a confecção de módulos e melhorias sanitárias, produzindo vasos sanitários, caixas de gordura, caixas de inspeção, tampas para sumidouro, banheiros em placas;
- Recuperação de áreas degradadas – remoção de favelas próximas às

margens dos córregos, revegetação de área de preservação e obras para contenção da erosão;

- Esporte e lazer – implantação de campos de futebol, quadras poliesportivas, ginásios cobertos;
- Educação – reforma e ampliação de escolas, construção de salas de aula, salas de informática, espaços multiuso e bibliotecas;
- Assistência social – construção e ampliação de CEINF (espaços destinados ao atendimento de crianças de 6 meses a 6 anos em período integral), construção de CMU (Centros de Múltiplo Uso - espaços destinados à população em geral com atividades esportivas, culturais, lúdicas, capacitação profissional e demais ações voltadas à comunidade), construção, reforma e ampliação de Centro Educativo de Múltiplas Atividades (CEMA) – espaços destinados à população de 7 a 15 anos em período integral, com reforço escolar, atividades culturais, esportivas e lúdicas –, construção de centro comunitário – espaço destinado à comunidade em geral;
- Saúde – construção de UBS e policlínicas odontológicas.

Moradia

As ações desse subcomponente relacionavam-se à regularização fundiária, melhorias habitacionais, construção de conjuntos habitacionais de interesse social, reassentamento de famílias que ocupam áreas insalubres, construção de habitações para idosos. O discurso a seguir registra a atuação de reassentamento de famílias que ocupavam áreas insalubres consideradas de risco social:

O programa Viva Seu Bairro também tinha uma preocupação com a questão ribeirinha, Campo Grande erradicou todas as questões dos ribeirinhos. E, com o programa Viva Seu Bairro todos aqueles moradores que estavam nas regiões dos ribeirinhos, eles foram

cadastrando, eles foram sendo desapropriados e indo morar nas casas que eram construídas pela empresa da Secretaria Municipal de Habitação, e era tudo dentro do programa Viva Seu Bairro (P).

Um dos gestores descreveu a forma como se tratou a questão de reassentamento das famílias no âmbito técnico operacional, ou seja, como essa mudança das famílias era abordada.

O quanto as equipes se descobriram integradas porque elas nunca tinham trabalhado tão bem juntas, por exemplo, o pessoal da habitação sempre fazia lá seus projetos, construía casa e não falava com ninguém e a gente teve um projeto que teve que tirar uma população da beira do córrego, colocar mais pra frente em casas todas novas. Pra população, em termos financeiros, era vantajoso porque ela tava indo para uma casa nova bem construída, tudo direitinho... Mas, você tem que entender que a casa – mesmo que aos nossos olhos ela esteja ruim, que esteja caindo aos pedaços, que tenha risco por estar na beira da água – é um espaço afetivo da família, ela construiu, teve filho, morreu o pai, enfim... Nós fomos pra campo com o pessoal de habitação, com o pessoal da ação social, o pessoal da saúde, de casa em casa, explicando para aquele morador onde que ia ser sua nova casa, como ela ia ser e porque ele estava sendo convidado a sair de lá, pra não colocar em risco a família dele (...). Então foi um trabalho muito legal, que nunca tinha acontecido (G3).

Nesse depoimento, a expressão “o quanto as equipes se descobriram integradas porque elas nunca tinham trabalhado tão bem juntas” sinaliza a percepção de técnicos que se encontraram motivados na implementação de mecanismos inovadores de um novo modo de fazer. Isto nos remete aos achados de CAMPOS et al. (2004) quanto à cultura que se estabelece nos espaços compartilhados, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais.

A questão da regularização fundiária também foi lembrada por um conselheiro:

Era uma região de muitos conflitos de terra, de moradias, uma invasão de mais de mil e seiscentos, mil e oitocentos moradias mais ou menos, aí já se criou o Bosque da

Esperança, tinha uma outra região do Taquaral também que já foi invadido. Tainá foi uma questão social muito difícil porque era um bairro na parte mais baixa da região, arenoso e chegou o pessoal da lona, chegou e fez a casa, chovia na região, uma parte da Mata Jacinto e uma parte Novos Estados jorrava água todinha no Taquaral, no Sóter e no Tainá. Quando chovia, a gente naquele desespero, que aí já era defesa civil. Então, o que aconteceu? Até hoje o Futurista e o Danúbio Azul eles ainda não são asfaltados, mas vieram com o programa Viva Seu Bairro a regularização das famílias (P).

Obras viárias e saneamento básico

As ações desse subcomponente relacionavam-se à pavimentação asfáltica, drenagem, obras viárias, sinalização viária, abrigos de ônibus, calçadas, endereçamento das ruas, iluminação pública, saneamento básico, instalação de melhorias e módulos sanitários, oficina de saneamento, recuperação de áreas degradadas. O discurso a seguir descreve ações de pavimentação asfáltica:

Eu me lembro de uma área que teve asfalto. Ah sim, pavimentação de asfalto que saiu no Sayonara e agora está ocorrendo no Jardim do Porto, foi entregue 750 casas que é do Viva Seu Bairro. (...) Também teve entrega de casas, foi um projeto amigo de desfavelamento (I).

Outra ação deste subcomponente lembrada foi a instalação de módulos sanitários, descrita como uma ação importante desenvolvida pela SESAU.

Da melhoria sanitária, e tem todo o trabalho de uma ação social realmente, porque essas pessoas não têm banheiro em casa e você passa ter um banheiro, é uma noção de higiene, realmente para as pessoas (T1).

Quando o saneamento entrou, ele fazia melhoramentos nas residências e fazia o kit banheiro e lavanderia. Então era uma dignidade, porque muitos relatavam que saía para fazer as necessidades no tempo e quando estava chovendo não conseguiam, outros quando receberam casa para morar não sabiam lidar com o banheiro, faziam no corredor porque gastavam muita água e faziam as necessidades no corredor. E isso tudo foi dignidade para as pessoas, elas foram evoluindo, sendo mais capazes de atuar dentro da sociedade (T5).

Ampliação e construção de equipamentos públicos e comunitários

As ações desse subcomponente relacionavam-se à implantação de campos de futebol, quadras poliesportivas, ginásios cobertos, reforma e ampliação de escolas, construção de salas de aula, salas de informática, espaços multiuso e bibliotecas, construção e ampliação de CEINF, construção de CMU, construção, reforma e ampliação de CEMA, construção de centro comunitário, de UBS e policlínicas odontológicas. O discurso a seguir descreve ações desse subcomponente, como CMU, CEINF e CEMA, bem como atividades realizadas neles.

CMU foi construído na gestão municipal e ele é um projeto do conjunto Parque dos Novos Estados, que está dentro da região urbana de Prosa. Lá nós tivemos a oportunidade de ter o CEINF e tínhamos também o programa CEMA. O CEMA pega criança de sete anos e ia até dezesseis anos; aí nós tivemos também o projeto para trabalhar com o agente jovem, nós regimentávamos os jovens que estavam em fase de exclusão e eles iam para dentro da unidade, a gente qualificava, melhorava a autoestima. Tínhamos o projeto da terceira idade, reuníamos duas vezes por semana, que a terceira idade reunia e tinha atividades de ginásticas, cursos de capacitação, comemoração de festas, aniversários e o espaço para a terceira idade, tem até hoje, esse projeto está em evidência até hoje, e também tínhamos também aquela questão do cadastramento dos programas sociais que era do cartão renda familiar, salário família, ajuda a gestantes. Bolsa escola, bolsa família, e fazia esses cadastramentos para as famílias também. Tudo dentro de um contexto do programa Viva Seu Bairro. Tínhamos também uma sala de informática com 16 computadores onde fazia o curso de informática básico, avançado e a digitação, eram três cursos. Então o jovem, a terceira idade ou o adulto que queria fazer, ele saía de lá capacitado (P).

Importante ressaltar que o discurso traz a continuidade de algumas ações, projetos, mesmo após o término do PVSB. Essa expressão de continuidade também é explicitada em alguns equipamentos comunitários, tais como um campo de futebol construído no Residencial Búzios, região urbana do Imbirussu.

(...) no meu bairro, a população foi contemplada por um campo de futebol, com a verba através do PVSB. (...) infelizmente com o término do projeto, a população também não se conscientiza em estar cuidando dos instrumentos públicos e também o poder público não dá uma assistência contínua, mas encontra-se até hoje esse campo de futebol no residencial Búzios. E outros bairros receberam outros instrumentos públicos, em cada região é uma realidade (I).

O componente desenvolvimento social continha as ações sociais desenvolvidas com o objetivo de reduzir as desigualdades sociais e promover a inserção social da população das áreas críticas, por meio da participação. As ações tinham como finalidade ampliar e promover a capacidade humana, incluindo novas perspectivas de vida e a capacidade de escolha. O relatório de avaliação do projeto descreve as seguintes ações (CAMPO GRANDE, 2004b):

- Atividades esportivas e culturais – projeto denominado “Lazer no Coração da Gente”, com a realização de atividades esportivas (futebol, voleibol, basquetebol, tênis de mesa, jogos de dama), atividades recreativas (balão pula-pula, cama elástica), apresentações artísticas (dança e teatro), ações educativas e preventivas na área de saúde, realização de ações como cortes de cabelos para comunidade, mostras de artesanatos advindos dos cursos de capacitação na área, atividades itinerantes como as videotecas/brinquedotecas/bibliotecas e ações educativas sobre o trânsito;
- Escolinhas de futebol – para estimular crianças à prática de esporte;
- Arte nas comunidades – realização de oficinas de dança e teatro;
- Atendimento a crianças, adultos e adolescentes – ações de escolarização para jovens e adultos analfabetos, desenvolvimento do Projeto Agente Jovem (capacitação de jovens entre 15 e 17 anos para o trabalho e a socialização em comunidade);
- Ações em parceria com universidades – ações preventivas e educativas com acadêmicos de universidades;

- Capacitação de professores e servidores – cursos de capacitação direcionados à melhoria do desempenho profissional, aumento da autoestima e motivação;
- Aquisição de materiais permanentes – mobiliar bibliotecas e escolas;
- Educação ambiental – ações direcionadas a lideranças comunitárias, comunidade e alunos das escolas para despertar ações de educação ambiental, como: arborização em conjuntos habitacionais, distribuição de mudas, implantação de lixeiras ecológicas nos reassentamentos, palestras sobre limpeza de terrenos e confecção de cartilhas de educação ambiental;
- Educação para o trânsito – ações voltadas à comunidade com a finalidade de sensibilizar quanto ao comportamento no trânsito.

Atividades esportivas e culturais

O discurso de um técnico sobre as ações de educação e lazer realizadas refere parcerias com universidades e também a ações integradas entre os setores da prefeitura municipal:

Capacitação de profissionais, Agente Jovem foi colocado para trabalhar e ajudar, biblioteca, brinquedoteca, compramos dois, três, com tudo para as crianças brincarem. “Lazer no Coração da Gente”, chamava a ação. A Funcef que organizava, a SESAU entrava com o trabalho, o Planurb e a Agetran, sempre a gente estava juntos. E outras entravam também, como a universidade na educação (T5).

Um dos conselheiros também se lembrou das atividades recreativas realizadas durante o PVSB:

(...) mas eu acho que é uma coisa boa que eles vinham, que nem vieram duas vezes no nosso bairro, tinha uma tarde de diversão para as crianças, até para os adultos, que eles faziam brincadeiras para as crianças, brinquedinhos que eles davam, e ficavam a tarde toda as crianças do bairro. Passa o carro convidando o dia e a hora que vai iniciar e acabar, então a criançada do bairro vai para o programa (I).

O projeto denominado “Lazer no Coração da Gente” foi lembrado pelos conselheiros, em especial, pelas suas atividades recreativas, ações educativas e preventivas na área de saúde e ações como cortes de cabelos para comunidade e cursos de artesanatos.

(...) no programa Viva Seu Bairro, nosso bairro foi beneficiado com os cursos, tinha curso de bordado, curso de crochê (S).

Na época era convidado para fazer assim, igual ela falou, convidava para fazer o evento no bairro e nesse dia tinha corte de cabelo, tinha vários tipos de cursos, e falavam: “tal dia vamos estar em tal bairro”, igual hoje a secretaria de cultural faz, é o mesmo trabalho, só que envolvia mais, só que a comunidade se envolvia mais (L).

A gente era chamada para as reuniões para saber como que ia dar palestra nos colégios, palestra no centro comunitário, para colocar para as pessoas sobre o risco de AIDS [Síndrome da Imunodeficiência Adquirida] (...) então sempre a gente estava reunido, então é através desse conhecimento, vamos supor assim, de grupos, que a gente foi trabalhando para chegar até como a gente está hoje. E outras todas oportunidades de conhecimento nos foi oferecido, de todo lado (L).

Esse último depoimento remete à oportunidade de aprendizado advindo das ações educativas e aponta um aprendizado cumulativo que se fortaleceu com o tempo.

Geração de emprego e renda

O componente geração de renda continha as ações que visavam contemplar a qualificação profissional, o apoio ao pequeno empreendedor e o acesso ao crédito (CAMPO GRANDE, 2004a). O relatório de avaliação do projeto descreve as seguintes ações (CAMPO GRANDE, 2004b):

- Incubadora de pequenas empresas – espaço destinado a apoiar pequenos empresários na instalação de suas pequenas empresas. Era composto de módulos de 40 m² de área, dotados de infraestrutura adequada para abrigar durante dois anos uma empresa;

- Construção da fábrica da gente – espaços de 300 m² para fabricar artefatos de cimento, utilizando mão de obra de mutuários da EMHA desempregados;
- Capacitação profissional e geração de renda – cursos de capacitação de produção de doces, costura industrial, produção de temperos, produção de conservas, embelezamento pessoal, cozinha básica industrial, jardinagem, salgados, informática básica, artesanato, secretariado, manutenção de sistemas elétricos, telemarketing, depilação, garçom, auxiliar de departamento pessoal, informática avançada, recepcionista, auxiliar contábil, congelamento de alimentos, confeitaria.

Os discursos dos técnicos da UTC referiram-se à incubadora como parte do PVSB destinada a promover apoio a pequenos empreendedores das regiões.

Ações novas que vieram com o projeto, a incubadora foi realmente concebida como uma parte do projeto (T1).

As incubadoras eram para incubar aquele pequeno produtor que fazia amendoim torrado na casa dele e não fazia corretamente, para aprender a manusear. Então era para incubar esse produtor, essa pequena produção e ensiná-lo a manusear e ficar ali incubado seis meses e depois iria para o comércio, e aprenderia todas as regras, o material, e teria a ajuda para seu negócio. Porque nós fizemos parcerias com o SEBRAE [Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas], depois elas foram tomando outro formato e hoje em dia cada uma delas está focada numa situação nova (T5).

Os resultados do PVSB na área de capacitação, como a realização de cursos de informática, foram descritos nos grupos focais:

Na escola estadual no Jardim Aeroporto a gente teve a oportunidade de correr alguns projetos passados, projeto, por exemplo, final de semana a gente dava curso, foi aprovado o projeto e a gente dava cursos gratuitos e a secretaria oferecia os certificados, que eram de computação básica (I).

O depoimento lembra a participação na definição do projeto do curso. Esse é um aspecto interessante, porque mais do que a realização do projeto de capacitação de computação, o representante da população lembrou-se da conquista de se ter um projeto aprovado.

Avaliação

O PVSB teve o acompanhamento de suas obras e ações realizado por uma equipe denominada de “avaliação externa do projeto”, a RGA Engenharia, empresa responsável pela avaliação, que iniciou suas atividades em fevereiro de 2003 (CAMPO GRANDE, 2004a). Um dos técnicos da UTC mencionou a necessidade de contratação da consultoria:

A gente teve uma consultoria, porque a equipe da UTC era muito pequena, era a Marta, como gerente, a diretora, tinha a Regina, eu, o Xisto, e mais três técnicos. Tinha a Luciane com a Dilma, que era do administrativo, e o mirim, então, a gente não sabia montar os grupos de trabalho, a dar direção, porque punha todo mundo numa sala e a gente ficava olhando e vamos fazer o quê? A gente tinha reuniões, primeiro a gente teve tipo um seminário, que a consultoria ajudou, para gente poder estar identificando todas as propostas que cada secretaria teria para cada área. A consultoria, ela ficou fazendo o meio de campo, a consultoria ficou sendo o moderador (T6).

A UTC foi considerada pequena, no sentido de reduzida, por esse técnico. Mais que isso, em outros momentos, foi lembrada a dificuldade técnica-operacional na gestão do projeto como um todo. Outra questão importante foi o reconhecimento quanto à incapacidade de se trabalhar com o processo avaliativo. O fragmento do discurso “*punha todo mundo numa sala e a gente ficava olhando e vamos fazer o quê?*” reflete a dificuldade técnica operacional da equipe com o processo avaliativo. Essas dificuldades no âmbito técnico-operacional são características das disfunções da burocracia, decorrentes do modelo da Teoria Burocrática de Max Weber, em que funcionários das organizações burocráticas, sentem-se seguros em seus processos de normas e regimentos, e, resistem às mudanças quando lhes é apresentado algo novo.

Outro aspecto a ser destacado é o início das atividades avaliativas da empresa, fevereiro de 2003, um ano e meio após o início do PVSB.

A avaliação, eu acho, que ela trouxe um bom resultado, na verdade assim, a gente tinha inclusive uma empresa que tinha que fazer avaliação no final. Esse resultado, quanto à empresa, tinham uma dificuldade muito grande do pessoal de trabalhar com setores públicos (...). Inclusive, a gente tem um relatório de avaliação do projeto, foi feita uma pesquisa de opinião da comunidade, mas ele não teve essa riqueza, exatamente a subjetividade do que você viveu, das pessoas contando para você (T1).

Quanto às atividades avaliativas da empresa, os documentos consultados descrevem relatórios contendo a análise de indicadores denominados de eficiência, eficácia e efetividade, como: estratificação de renda, empregabilidade, domicílios servidos por água, esgoto e coleta de lixo, densidade habitacional, oferta de banheiro/domicílios, garantia de moradia, potencial de acesso à saúde, creches, educação fundamental, uso do tempo útil de transporte urbano, chefes de família não alfabetizados, mortalidade de crianças e jovens, distribuição de casos de violência, perfil do trabalho feminino, entre outros (CAMPO GRANDE, 2004a, 2004b). Essa avaliação parece estar voltada ao cumprimento das metas do PVSB.

Em agosto de 2003, para uma pesquisa de opinião junto aos moradores das regiões abrangidas pelo projeto, a empresa aplicou questionários com a finalidade de aferir e avaliar o conhecimento das pessoas sobre as obras e ações executadas. Foram ouvidas 397 pessoas (menos de 1% dos beneficiários diretos). Em março de 2004, a empresa aplicou novamente questionários a 397 moradores das regiões de abrangência do PVSB. Os documentos apontam a realização de quatro seminários, sendo três externos – com universidades e líderes comunitários – e um interno – junto a UTC (CAMPO GRANDE, 2004b).

Não houve registros no discurso dos grupos focais em relação a avaliação realizada pela empresa. Percebe-se que a mesma não pode ser considerada uma avaliação participativa e tampouco foi iniciada ao mesmo

tempo em que o projeto, o que também acarreta várias limitações.

Essa tese adotou o ideário da promoção da saúde, que indica a necessidade de adoção de políticas públicas saudáveis, pautadas nos princípios de participação social e intersetorialidade. As iniciativas que adotam esse campo de práticas trazem em seu bojo a concepção ampliada de saúde e de sua determinação social, na perspectiva de promover a qualidade de vida das populações em dado território.

A implantação desse tipo de iniciativas tem, em seu escopo, a premissa do diagnóstico participativo das necessidades, seu desenvolvimento e monitoramento e a avaliação conjunta dos participantes do projeto para o alcance de um objetivo comum. WESTPHAL e MENDES (2009) compreendem que a avaliação participativa no campo de práticas de promoção da saúde possibilita o envolvimento de todos que tiveram alguma interferência na implementação de uma iniciativa, os que planejam, os que desenvolvem e a população.

Assim, a utilização de metodologias participativas na avaliação possibilita o diálogo e o consenso entre os envolvidos para que possam decidir sobre os rumos do projeto, o que parece não ter acontecido nesse caso.

4.2 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E A INTERSETORIALIDADE NA INICIATIVA PVSB

A identificação dos princípios de participação social e intersetorialidade na iniciativa PVSB foi possível a partir da percepção de representantes de governo e da população, coletada por meio das entrevistas e grupos focais.

4.2.1 Participação Social

Outra categoria emanada dos depoimentos foi a participação social, relacionada às dimensões relativas, à importância da participação, ao estímulo do poder público quanto à participação, às fragilidades percebidas e a forma como a participação se deu. As seguintes ideias-chave foram encontradas: **história dos CRU, papel indutivo do Estado, apoio do Planurb, informação, formação e capacitação de conselheiros, descrença no processo participativo e falta de participação, participação x legislativo, articulação de lideranças, consciência política e voluntariado.**

História dos CRU

A percepção dos representantes quanto à participação social não se limitou ao PVSB, pois abordou a origem institucionalizada dos canais de participação no contexto da cidade.

Os canais de participação da cidade estão descritos no SMP, em que se lê: “A participação da comunidade no sistema se dá através do Conselho Municipal de Desenvolvimento e Urbanização CMDU, demais Conselhos Municipais e dos Conselhos Regionais” (CAMPO GRANDE, 2005, p. 173). A origem histórica dos CRU é narrada por representantes do governo e da população:

Campo Grande já tinha, naquela época, uma estrutura que vem desde 1994, os Conselhos Regionais, a cidade divide-se em sete regiões e tem sete conselhos. Esses conselhos não têm participação do poder público, só pessoas da população participam, tem eleição a cada dois anos, tem um processo de capacitação que não é um processo manipulador (...). Então esses conselhos são muito fortes porque a prefeitura discute o orçamento todo com os Conselhos e depois vai para o desenvolvimento urbano pra fechar as prioridades, o que é um orçamento participativo de verdade (G3).

Esse CMDU envolve todos os setores da administração, saúde, segurança, assistência social, tudo isso, então quer dizer, isso tudo aconteceu a partir de (1998), porque as pessoas foram descobrindo através da nossa participação (...) dos resultados positivos para a cidade e para a população, quer dizer, o prefeito junto com as administrações considerou que isso era bom e continuou incentivando (...) porque criou toda essa expectativa, essa motivação das pessoas participarem (L).

O fragmento do depoimento do representante do governo, gestor, refere que esses Conselhos não têm a participação do poder público, o que não se aplica, uma vez que a administração municipal é quem apoia a estrutura logística para o funcionamento do colegiado, conforme relato de um representante da população:

(...) a prefeitura dá o apoio através da logística, com o papel, com o funcionário para redigir as atas (A).

Tanto o discurso dos gestores e técnicos quanto o dos representantes dos CRU descrevem o processo de participação construído ao longo dos últimos anos, destacando o cumprimento da constitucionalidade promulgada em 1988:

(...) a participação dos Conselhos Regionais foi a partir de (1996) e (1997) na mudança do governo municipal, (1998) aí começou a criação dos Conselhos, a colocar em prática aquilo que a constituição já determinava (A)⁹.

É importante ressaltar que o registro histórico dos representantes, em especial o dos conselheiros, aponta um significado importante: a apropriação da participação nessa arena política institucionalizada. Por certo, a criação desses espaços participativos representa um avanço no processo de democratização do país, constituindo-se de relações diferenciadas entre a sociedade e o Estado. Esse novo espaço público, denominado público estatal, de entrelaçamento da sociedade civil com os representantes da

⁹ Os sete CRU, como já destacados anteriormente, foram criados pelo Plano Diretor de 1995, regulamentados em 1996, mas a sua instalação ocorreu de forma processual, a partir de julho de 1997, com a primeira eleição em maio de 1998.

gestão pública, também reflete o caráter contraditório e fragmentado que o Estado passou a ter a partir dos anos 1990. Nesse contexto, em que se inserem os conselhos e outras instâncias de participação, divide-se a gestão da coisa pública, ou seja, o atendimento às demandas sociais do país. Nessa perspectiva, há ganhos pois novos representantes entram em cena, mas há também riscos: o da sociedade civil exercer parte do papel que deve ser exercido pelo poder público estatal (GOHN, 2004).

Para alguns conselheiros, a participação nessa instância institucionalizada, tinha o significado de “vez e voz”:

(...) então isso que eu quero parabenizar, todo esse mecanismo que teve através da prefeitura para ouvir a comunidade, porque é através disso aí que nós temos o meio de chegar com as nossas solicitações, evidentemente que não são atendidas todas, mas nós temos que batalhar, hoje os conselheiros têm voz, eu vejo assim, o conselheiro é muito respeitado (...) tem a vez e a voz (B).

A afirmação do conselheiro remete ao legado histórico e socialmente construído do modelo paternalista e da cultura política da dádiva, situações ainda presentes na atualidade (SALES, 1994).

Apoio do Planurb

Ao analisar os discursos de ambos os representantes, é possível perceber que eles remetem ao fomento da participação, como movimento apoiado pelo Planurb, órgão de planejamento da Prefeitura:

(...) quando o Conselho Regional foi instalado, da forma como foi instalado é a realização de sonho de qualquer profissional, porque ele era a grande possibilidade dessa cidade fazer história pela forma de participação (T6).

(...) aprendemos a nos organizar para hoje nós chegarmos onde estamos, porque Campo Grande em termo de Conselho eu acho que é o que mais está funcionando, e o aprendizado tornou-se tão afinado, que o colegiado do Planurb, que nos orientava sempre e até hoje ele coordena nossos Conselhos Regionais, eles nos deram assim um horizonte além do que a gente podia ver (...) hoje todo

mundo vê o nosso bairro, a nossa casa, a nossa saúde, então a coisa ficou mais extensa, então esse colegiado do Planurb ele deu para gente a dimensão do outro, e não ficou só para gente mesmo, então a coordenação do Planurb é ímpar (L).

Percebeu-se que os representantes da população demonstravam admiração e respeito pelos técnicos do Planurb, enfatizando como positivo o apoio ao fortalecimento das instâncias colegiadas. Um dos conselheiros, ao descrever a formação dos Conselhos, relatou o apoio logístico do Planurb à realização das reuniões:

Os Conselhos Regionais (...), a composição é feita por representantes da sociedade civil organizada, ou seja, associações de moradores, clube de mães, associação de mulheres, clubes de serviço e outros, igrejas, isso que faz o conselho regional. A totalidade dele é a sociedade civil organizada (...) (A).

Informação

As fragilidades quanto à participação nessas instâncias é objeto de estudo de muitos autores (BÓGUS e WESTPHAL, 2007; MILANI, 2008; BÓGUS, 2009). Entre elas, está a questão da importância da superação dos desafios quanto à produção, organização e acesso pleno da informação, fato que compromete o processo de participação. Um conselheiro apontou esta fragilidade:

(...) a gente nunca discute, você discute o desconhecido? Então para você saber, discutir, ter posição, ter ideia, você precisa conhecer. Então temos que investir em educação, que é o princípio básico para transformar uma cidadania (...). O que é que nós temos que fazer na prática? (...) é trabalhar nas informações, de fazer com que esse camarada fique atualizado (P).

Para construir relações mais simétricas de poder entre Estado e sociedade civil, há de se investir em processos de formação e mecanismos que viabilizem o acesso à informação dentro e fora das instâncias institucionalizadas de participação. Para uma elaboração comum de políticas

públicas, ambas as partes devem ter igualdade nos processos de informação. Quando isto não ocorre, as relações de poder ficam assimétricas e comprometem o exercício da democracia. As administrações municipais ainda carecem de reformas administrativas que permitam a consolidação da democracia, uma vez que sofrem do legado da burocracia weberiana. Uma gestão que prioriza os processos participativos deve refletir sobre essa questão, pois a rotatividade no âmbito dos conselhos é frequente.

Em estudo recente sobre Conselhos Municipais e Locais da cidade de São Paulo, BÓGUS (2009, p. 177), em seus resultados de investigação, concluiu que há falta de conhecimentos, recursos argumentativos e força política para o posicionamento dos conselheiros nas reuniões, resultando na necessidade de capacitação técnica e política e “a formação das pessoas que ocupam ou que virão a ocupar esses espaços”. A autora chama atenção para as razões desse despreparo: “desde o não acesso a informações até o não reconhecimento do outro como interlocutor” (p. 177).

Formação e capacitação de conselheiros

O processo de formação e capacitação de conselheiros foi abordado como necessário e fundamental para uma participação qualificada, pois essa nem sempre é uma realidade nas instâncias. A seguir, um relato de um conselheiro sobre o tema:

O que eu vou fazer no planejamento do meu grupo esse ano é trabalhar nas informações, (...) quando ele for discutir com o secretário, não discutir brigando, porque a maioria das pessoas que vão discutir é discutir no sentido de alterar voz, ofender a pessoa. Não, você tem que discutir baseado na lei, nos argumentos (P).

A participação da sociedade civil nos Conselhos é voltada à luta democrática pelos direitos sociais conquistados na Constituição Federal de 1988. GOHN (2004, p. 24) afirma que essa participação “deve ser ativa e considerar a experiência de cada cidadão que nela se insere e não tratá-los

como corpos amorfos a serem enquadrados em estruturas prévias, num modelo pragmatista”. Esse enfoque merece uma reflexão em relação aos processos de capacitação de conselheiros. Retornamos, então, aos achados de BÓGUS (2009), que argumenta que esses processos devem contemplar, nas suas propostas de cursos, conteúdos mais amplos de formação política geral, para que os conselheiros tenham formação além dos assuntos exclusivos à área de atuação do conselho. Essa é uma afirmação importante para o objeto desta tese, uma vez que o cenário contextualizado por um conselheiro apontou o despreparo quanto à formação política que pudesse qualificar o debate democrático:

Você sabe que o nosso povo, a gente não tem uma formação política como em outros países, outras nações. Hoje, há uma interferência muito grande da política partidária no movimento em si, porque as lideranças, muitas delas, não tem uma ideia própria e daí ela obedece aquele partido político ou aquele cidadão que dá uma ajuda financeira. São poucas lideranças que têm coragem de dizer o que pensam e o que sente, então tem atrapalhado em parte (A).

A preocupação com a mudança de cenário é demonstrada num trabalho realizado pela UMAM de formação política de seus representantes, na perspectiva de assegurar uma representatividade qualificada:

Eu tenho feito um trabalho no sentido que a gente possa dar curso de formação política para as pessoas, para que elas consigam definir o que é certo, o que é errado, o que é político da esquerda, o que é o da direita, o que é o discurso do centro, o discurso progressista, o conservador, que as lideranças infelizmente, elas não, a maioria não tem essa formação para descobrir o cidadão que dá a fala, que ele representa, qual é o discurso dele, que grupo político ele pertence (A).

Os depoimentos dos grupos focais são sinalizadores do entendimento dos representantes da população da necessidade de se qualificarem para o exercício da representação. No entanto, os Conselhos como instâncias

relativamente recentes na história do país, e ainda, a conformação de uma nova cultura política, apresentam obstáculos a serem enfrentados e processos a serem implementados. É, sob esse aspecto, que GOHN (2004) destaca a importância de que conselheiros tenham formação e consciência crítica, para que compreendam os processos em que se inserem, e, mais especificamente, os critérios que deveriam subsidiar suas decisões para o atendimento das necessidades da população.

Papel Indutivo do Estado

O Estado pode realizar o papel indutivo de fortalecer os processos de democracia participativa, na perspectiva de se ampliar o acesso às informações (JACOBI, 2004). Nesse sentido, a realização de cursos de capacitação para os membros dos CRU propiciados pela gestão pública foi ressaltada como positiva, como aponta um conselheiro:

Houve um interesse muito grande por intermédio do prefeito, de aprimorar esse trabalho e procurar dar mais conhecimento para os conselheiros regionais, então foi aí que ele promoveu um curso na Universidade da Unaes para todos os conselheiros regionais se comporem melhor no entendimento da administração pública, de como trabalhar no bairro, de como trazer as reivindicações (...) (B).

Eu participei do Plano Diretor em 1988, (...) aí veio a capacitação dos conselheiros (...) o prefeito (...) dava a capacitação, para que nós conselheiros irmos defender o meu bairro, o nosso conjunto, como conselheira. (B).

Descrevem, também, que a presença da administração municipal no *locus* da intervenção propiciou o estímulo da participação da população nos fóruns institucionalizados de participação.

Eles criavam mutirões e, esses mutirões, eles iam para os bairros onde tinha maior foco de favelas, essas necessidades da população que eles tentavam lá estimular para que as pessoas participassem desse trabalho para melhorar a qualidade de vida do bairro e foi através desse projeto também que os conselhos começaram a ser mais ativos, antes os conselhos não eram muito ativos (L).

Articulação de lideranças

De forma geral, quanto ao processo de participação nas instâncias colegiadas, embora haja fragilidades no aspecto da informação, os dados coletados apontam percepção quanto ao fortalecimento das lideranças nos bairros da cidade, expressas num movimento organizado de articulação, ou seja, a união dessas lideranças em torno de objetivos comuns. Não há elementos suficientes para a análise dessa dinâmica, mas os discursos sugerem a formação de um espiral de participação, um movimento crescente, estimulado por uma rede de apoio comunitário:

Então foi quando eu conheci o N., então um apadrinhou o outro, e sempre com os conhecimentos que vinham para gente, e as coisas vinham tão depressa que a gente não conseguia abraçar tudo, tinha que buscar mais pessoas, então um levava um, um levava outro, então foi crescendo esse leque, então esse conhecimento da gente hoje nos bairros é muito grande (...) a perspectiva é de crescimento. (...) o modelo que eu tenho de ligação comunitária social foi através da UCAF (L).

(...) processo muito bonito (...) existia a figura da coligação que era uma coisa interessante, por exemplo, tinha quatro comunidades num bairro, três, e só tinha uma vaga para um, fazia uma coligação e aquela uma representava todas (...) é interessante isso (A).

Embora não se tenham apresentado elementos para essa análise, o movimento destacado remete ao significado para os conselheiros quanto à forma como participam, seus sentimentos e posicionamentos ideológicos quanto a essa participação.

Consciência política

A questão da consciência política e pública emerge como fundamental no exercício dessa democracia participativa.

(...) a parte do conselho é muito, muitíssimo, importante porque, a experiência foi maravilhosa, foi sofredora, que eu me lembro a gente fez parte do início, do começo, a gente

começou a participar discutindo o orçamento da prefeitura e realmente muita reivindicação que a gente estabelecia como prioridade não era feita, não era passada, mas a gente ia no outro ano, no outro orçamento, brigava de novo por aquilo, porque a gente tinha as nossas justificativas de que aquilo era realmente o mais importante (B).

(...) a liderança, quem é líder comunitário, eu sou um líder comunitário eu já tenho que pensar na coletividade (B).

Voluntariado

Há discursos que destacam a participação como trabalho voluntariado, de cunho ideológico que perpassa a dimensão individual em prol do bem coletivo:

(...) nós como lideranças, nós trabalhamos como voluntários, trabalhamos pelo povo para ajudar aquele que precisa, e trabalhamos com amor e carinho para ajudar, sem interesse próprio (A).

(...) a nossa região tinha muita necessidade, talvez por isso, e a gente aceitou para levar alguma coisa boa para o nosso bairro (S).

(...) o objetivo principal era em prol da comunidade e, enxergando isso aí, eu fui convidado e eu ia nos debates, para discutir (S).

A questão da representação no interior das experiências de participação é objeto de estudo de LÜCHMANN (2007), que analisa a dimensão da participação e a representação coletiva que ocorre por intermédio das organizações da sociedade civil. LÜCHMANN (2007, p. 165) reafirma as palavras de Young, em *Inclusion and Democracy* (2006), quanto à responsabilidade de representantes e cidadãos num processo de representação legítima: “(...) estes precisam estar dispostos e aptos a mobilizar uns aos outros para participar ativamente tanto do processo de autorização quanto do de prestação de contas”. Alicerçada no trabalho de Young, a autora pontua a necessidade de promover conexão entre representantes e representados, e assinala que o *locus* dos Conselhos podem ser espaços públicos conectores.

Descrença no processo participativo e falta de participação

Na percepção dos representantes da população, as principais barreiras e/ou dificuldades para a participação social foram a falta de participação da população nas instâncias participativas, a falta de conhecimento e a fragilidade do acesso à informação, dificuldades no exercício de atuação como conselheiro e a descrença no processo participativo, causando a evasão de lideranças:

(...) aí é um problema sério, porque ali a comunidade ela cobra muito, mas pouco ela participa, pouquíssimo, até em eleição, se o seu bairro tem duas, três mil moradores, você faz uma eleição não vai quatrocentos votar, só que aqueles outros vêm cobrar e não participam. Dificilmente, cinquenta por cento da comunidade participa (P).

(...) uma coisa que a gente sente, a gente sente essa falta de diálogo, essa falta de informação, esse repasse que às vezes chega e fica preso, não é repassado para frente, e as pessoas, os responsáveis, os representantes que estão em contato com a comunidade, elas precisam dessas informações para divulgar nosso trabalho dentro da região (B).

Alguns bairros às vezes a comunidade recebe algo que foi indicado pelo Conselho, outros bairros vai receber daqui três anos (...) então isso desmotiva muito os conselheiros (...) o pessoal espera um ano, dois anos, três anos, e aí, mas o que esse Conselho está servindo para vocês (L)?

O interessante disso tudo é que nós, conselheiros, quando chegamos ao bairro com informações que tal coisa foi encaminhada, eles já acham que vai acontecer de imediato, e isso vem de quem participa, da gente, o que pode acontecer e é o que está acontecendo, que quando começa a levar muito tempo da coisa acontecer vai acumulando pessoas... E um 'diz que me diz' e a gente fica mal com a comunidade (L).

Entre as fragilidades apontadas, a descrença no processo participativo revela-se como uma das mais preocupantes. Ao considerarmos que essa nova configuração política está se implementando no âmbito do município, entendemos que esse deva ser um desafio a ser enfrentado na tarefa de se consolidar a democracia.

Participação x legislativo

Outro aspecto que merece reflexão é a articulação dessas instâncias participativas com os legislativos locais, que segundo AVRITZER (2006, p. 42) “têm sido, via de regra, postos em um segundo plano na sua capacidade decisória”. O autor aponta a dificuldade existente nas articulações entre os arranjos participativos e os representantes dos legislativos. Com baixo poder de decisão, essas instâncias perdem legitimidade na política local. Nessa perspectiva, o autor recomenda mudanças normativas, uma vez que “a legislação existente entende os conselhos de políticas como parte da estrutura do Executivo, o que, a nosso ver, parecer ser um equívoco”. Sugere, ainda, avanços na melhoria das articulações entre legislativos locais e arranjos participativos locais e também que as “formas de democracia semidiretas adquiram autonomia em relação à dinâmica do Congresso Nacional”, para que, efetivamente, a participação e a representação possam se complementar (Ibid).

A dificuldade de articulação com o legislativo foi relatada pelos representantes de governo no processo de institucionalização dos CRU:

(...) a melhor coisa que já aconteceu na minha vida foi poder trabalhar nessa proposta, se discutia e se formavam grupos de mulheres que trabalhavam essas questões éticas dentro do clube de mães, as questões éticas e morais e administrativas dentro de uma associação de moradores, só que isso começou a incomodar. Isso começou a incomodar quem? O poder público, como que você tem técnicos da prefeitura induzindo mudanças? E começou a incomodar os vereadores, mas a gente conseguiu segurar, sabe, a gente recuava, ia mais para frente e dava uma recuadinha, mas a gente trabalhava, não do jeito que a gente gostaria porque a estrutura era muito pequena, um assistente social, um psicólogo e mais três auxiliares para atender toda a região (T6).

E, também, por representantes da população:

Muitos bairros foram asfaltados através de propostas de conselheiros, mesmo que os vereadores vão dizer que é deles, não tem problema, mas algumas conquistas foram conseguidas pela comunidade, asfalto, a gente pode

lembrar de algumas regiões, tem uma região do Grande Los Angeles, Centro Oeste, Lageado (...) (A).

A questão é interessante, pois, em outros momentos, durante a realização dos grupos focais, houve indicação de distanciamento entre o setor legislativo e a comunidade. O distanciamento do poder legislativo pode comprometer a prática democrática (PINTO, 2004), como se pôde observar no discurso a seguir:

Para que o parque do Ayrton Senna seja transformado num centro olímpico, para ter mais atividade para os jovens, para os idosos, então isso é nossa luta, porque muitos vão lá, se elegem de quatro em quatro anos e nunca mais aparecem e não é isso que nós queremos, porque se todos os candidatos soubessem trabalhar, cada mês visitassem as entidades, soubessem do que eles precisam, sempre eles iam ter muito voto, mas não faz isso, né (A)?

Os estudos de SILVA (2007, p. 143) sobre o processo participativo na cidade também apontavam a atuação dos CRU como “significativa no processo permanente de planejamento do município”, na medida em que se configurava um “mecanismo de ampliação do debate e melhor aplicação dos recursos municipais”. No entanto, o estudo desse autor também apontou fragilidades: falta de visão dos conselheiros quanto à região urbana como um todo e o fato de a mobilização dos moradores não ser equânime. O autor destacou que havia regiões com maior número de conselheiros que outras, e que seus achados apontaram que essas regiões apresentavam também carência de serviços públicos e equipamentos, o que pode explicar os moradores sentirem-se mais mobilizados para reivindicar medidas do poder público.

Outro projeto da Prefeitura Municipal de Campo Grande, iniciado em maio de 2005, após o término do PVSB, com o objetivo de valorizar a atuação dos conselheiros regionais, efetivar a gestão democrática na administração municipal e fomentar iniciativas para a efetivação dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), foi o denominado Programa Comunidade Viva (CAMPO GRANDE, 2006a). Percebeu-se, na

realização dos grupos focais, a persistência da “sensação de continuidade” do PVSB com o Programa Comunidade Viva.

Considerando-se sustentabilidade como continuidade de programas, conforme proposto por SHEDIAC-RIZKALLAH e BONE (1998), é possível perceber essa “sensação de continuidade” em alguns discursos, destacando-se a importância desse espaço institucionalizado de participação para os conselheiros, perpassando qualquer projeto que se apresente:

(...) os conselhos, quando a gente se reúne, ajuda muito porque toda melhoria que tem na região é através dos conselhos, e o Conselho Regional começou com o Conselho Gestor que foi em (1995), e eu participo desse tempo que começou o Conselho Gestor, aí formou o Conselho Regional que hoje tem essa Comunidade Viva que eles levam no bairro atividades, com várias atividades que é discutida tanto a saúde, a educação, e lazer, é a Comunidade Viva, é um projeto, mesma coisa que é Comunidade Viva e “Viva seu Bairro” (A).

Um dos técnicos do PVSB afirmou que a sustentabilidade foi pensada como continuidade das ações e dos programas desenvolvidos. Declarou que uma estratégia utilizada foi a de reunir os conselheiros e discutir com eles a questão da sustentabilidade:

(...) o recurso acabou para as obras de construção e tudo mais, mas nós tínhamos uma forma de tentar viabilizar a sustentabilidade de cada região, então foram reunidos os conselheiros, fazendo reuniões para passar como que eles poderiam continuar o trabalho, tinha que dar continuidade, não é porque nós estamos saindo com a obra que ia deixar eles se perderem, então assim continua, quem ficou administrando continua trabalhando com a comunidade, todos os instrumentos públicos que tem (...) (T5).

No depoimento de um dos representantes de governo, a questão da sustentabilidade do PVSB está diretamente ligada ao processo de fortalecimento da comunidade. Entendendo que o poder público fez a parte dele quando do cumprimento das metas estabelecidas, o depoimento transfere a responsabilidade pela continuidade das ações para a comunidade; ou seja, entende que o PVSB teve início, meio e fim e que

novas ações dependeriam da mobilização da comunidade.

(...) esta sustentabilidade está ligada mais diretamente ao fortalecimento daquela comunidade do que não é continuidade enquanto projeto, porque esse projeto tinha uma finalidade: um começo, meio e fim – que era o que melhorar os indicadores daquela população, então a gente pergunta assim, quais foram os nossos indicadores do início, quais são os números ao final, ao meio do projeto, ao final do projeto, houve melhoria realmente, então houve o ganho, então o projeto tem ações continuadas em grande parte: a escolarização de adultos, hoje ainda continua (...) (T1).

Mais além, o discurso aponta como responsabilidade pela manutenção dos equipamentos, a própria comunidade:

(...) a questão dessa sustentabilidade era fundamental no seguinte aspecto, aquelas lideranças tinham que estar conscientes da importância que elas tinham para aquela localidade, não adiantava nada, por exemplo, se nós fizéssemos o campo de futebol lá, se eles não assumissem a responsabilidade social daquele equipamento. (...) dos campos de futebol são eles que fazem a manutenção, eles que cuidam do espaço, aquela associação fica responsável por aquela localidade, período de seca eles não deixam jogar, eles que cuidam e operam aquela localidade (T1).

Os depoimentos remetem à importância de algumas dimensões que foram estudadas por MENDES (2006) quanto aos aspectos facilitadores e dificultadores ou desafiadores para a sustentabilidade de iniciativas de promoção da saúde. Os discursos de alguns representantes da população sinalizaram o entendimento da sustentabilidade como “continuidade” do PVSB em outros projetos decorrentes dele ou como se a permanência das obras e sua utilização significassem a continuidade do projeto.

(...) por exemplo, da saúde, a continuidade é dada no posto de saúde ou no PSF (...) dá-se a continuidade daquele trabalho realizado naquela escola, a SAS da mesma forma, dá uma continuidade ao trabalho (I).

(...) dá continuidade em outros projetos, e assim outros projetos vieram surgindo, Comunidade Viva, os projetos que tem nas escolas, são várias outras situações que foram

criadas a partir do “Viva Seu Bairro”, pelo menos é o que eu vejo (I).

Esse é um significado importante porque relaciona o conceito à criação de novas institucionalidades, com a possibilidade do refazer, do criar contínuo. Nesse sentido, MENDES (2006, p. 23-24) apresenta uma abordagem interessante ao refletir que o significado de sustentabilidade “tem como referência a busca de soluções mais amplas e duradouras de iniciativas de promoção da saúde”, cuja continuidade do programa, sob as lentes da autora, “deve estar ancorada por um complexo sistema de relações, que envolvem atores e instituições, que buscam criar ‘novas institucionalidades’, ou arranjos institucionais ‘inovadores’ que envolvem a ruptura do modelo centrado em instituições ou agências isoladas”.

Entretanto, outro conselheiro apontou a não continuidade do PVSB devido à mudança de gestão, que causou rupturas no processo administrativo:

(...) deixa saudade, deixa, você perguntou por que acabou, os programas, eles são criados para aquela equipe que está na frente da administração, seja presidente de bairro, seja de conselho, ou até mesmo poder público pra poder chegar. Então troca de comando é muito difícil um administrador ou um presidente do bairro assumir aquela casa e querer dar continuidade igualzinha (I).

FERNANDEZ e MENDES (2007) já apontavam para a descontinuidade de programas quando da transição da gestão administrativa, como referido nos discursos anteriores. Os autores indicam como pauta permanente para gestores a reflexão sobre a sustentabilidade dos projetos, ações e políticas.

Os depoimentos são contraditórios quanto à percepção da sustentabilidade do PVSB, alguns relacionam o conceito com continuidade do próprio programa, outros com a criação de novas institucionalidades, programas e projetos advindos da gestão municipal, como é o caso do Comunidade Viva.

Ressalta-se que nem a fala dos representantes de governo, nem a da população indicou a importância do Colegiado de Gestão ou da UTC como espaço de discussão e proposição de ações ou de novos arranjos que pudessem fomentar outros projetos. Não emergiu dos discursos dos grupos focais qualquer debate, discussão ou movimentos que tenha sido utilizado para a reflexão da sustentabilidade do PVSB. Percebe-se que ainda é incipiente a incorporação na gestão de uma prática avaliativa e, em especial, a clareza do conceito de sustentabilidade no planejamento da iniciativa e dos indicadores operacionais que poderiam ter sido utilizados no monitoramento da sustentabilidade. Entre os aspectos dificultadores para a sustentabilidade de iniciativas de promoção da saúde descritos por MENDES (2006), tem-se a baixa participação da população e a dificuldade em manter redes, o que parece ter acontecido.

Outras dificuldades e barreiras também foram encontradas no processo de participação social no PVSB. Os técnicos e gestores sinalizaram que houve diferenças entre os bairros quanto à participação, alguns eram mais participativos e envolvidos. Isso diz respeito à singularidade de cada local, à forma como a dinâmica social se apresenta. No entanto, as maiores barreiras encontradas dizem respeito à descrença inicial da população no poder público municipal, situação enfrentada pelo poder público municipal com estratégias que incentivavam a participação. O depoimento de um gestor a seguir relata o enfrentamento dessa barreira com o aumento da autoestima da população:

As barreiras foram: a descrença, a descrença no poder público. “Não nos tratam, nós pobres, como tratam lá o centro da cidade”. Poucos acreditavam que se investisse tamanho volume de recursos financeiros em bairros pouco densamente populosos e que era a pobreza, a bandidagem, o alcoolismo que ingressava lá, e nós fizemos justamente isso com o intuito de, ao vencermos as barreiras psicológicas, aumentarmos a autoestima da população, fazermos com que eles se sentissem vistos, olhados, cuidados pelo poder público. Eles se sentissem, “nós somos também gente e ao sermos também gente vamos cuidar dos nossos filhos, cuidar que eles não falem à escola, diminuir a evasão, a repetência” (...) então as barreiras foram: a pouca

cultura, a descrença, o abandono, a falta de autoestima, essas foram as barreiras maiores (G2).

4.2.2 Intersetorialidade

É consenso a complexidade do setor saúde e, de certa forma, isso contribuiu para o entendimento da necessidade de esse setor atuar de forma conjunta e articulada com demais setores na busca de efetivamente promover saúde nos territórios de intervenção. Estamos falando da intersectorialidade, que requer visão ampliada do processo saúde–doença e vontade política de gestores públicos na construção de uma gestão diferenciada, sedimentada em políticas públicas saudáveis, voltadas à qualidade de vida. Foi nessa perspectiva que se buscou identificar se o princípio da intersectorialidade foi contemplado no projeto, a partir da percepção de representantes de governo e da população. As categorias busca pela ação intersectorial, alianças/parcerias e barreiras/dificuldades foram encontradas relacionadas às dimensões do PVSB, bem como as seguintes ideais-chave: **ações integradas de vários setores, parceria com as universidades e outros organismos, parcerias com a comunidade e barreiras enfrentadas em torno de uma missão comum.**

Ações integradas de vários setores

Os representantes da população identificaram positivamente a ação integrada de vários setores na execução do PVSB. Relataram ações que foram executadas dentro de uma região urbana e citaram formas de financiamento que possibilitaram ações integradas dentro da região. No discurso a seguir, observa-se o enfrentamento de diferentes problemas que afetavam a qualidade de vida da população, como falta de acesso a serviços de saúde, condições inadequadas de moradias, problemas relacionados ao

meio ambiente pela instalação de famílias na beira de rios, falta de asfalto.

Infelizmente ele foi extinto, o PVSB não se constituía em um segmento só, no meu bairro, o instrumento que meu bairro recebeu foi o campo de futebol. Só que em outros bairros, se não me falha a memória, o Sayonara foi contemplado com a pavimentação de asfalto do bairro, o Jardim Aeroporto recebeu o PSF e também o PACS que estão atendendo a comunidade até hoje. Sem contar também com o projeto do Serradinho que captou verba do BIRD [Banco Internacional par Reconstrução e Desenvolvimento] e também do Fonplata, para poderem estar fazendo o desfavelamento de toda a região, onde foram retiradas todas as famílias ribeirinhas e construídas casas onde foram colocadas essas famílias (I).

Esse discurso reforça os estudos que entendem como necessária a interação de diversas ações setoriais na tentativa de alcançar efeito sinérgico em situações complexas, visando à melhoria da qualidade de vida e o desenvolvimento social (JUNQUEIRA, 1998, 2004; JUNQUEIRA e INOJOSA, 1997).

Vale a pena destacar a atuação sobre vários determinantes sociais executadas pelo PVSB com vistas a reduzir as desigualdades sociais da cidade. No depoimento anterior, um representante do grupo focal relatou a ação sobre os seguintes DSS: habitação, serviços sociais de saúde, equipamentos voltados às atividades esportivas e demais fatores relacionados às condições de vida e trabalho. Esses determinantes são considerados como *intermediários* no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), e, para atuação sobre eles, a CNDSS (2008, p.141) recomenda políticas que assegurem a melhoria das condições de vida da população, e garantam a todos o acesso

à água limpa, esgoto, habitação adequada, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade, superando abordagens setoriais fragmentadas e promovendo uma ação planejada e integrada dos diversos níveis da administração pública.

Os depoimentos sinalizam o atendimento a essa recomendação.

Parcerias com a comunidade

A percepção dos representantes de governo quanto à ação intersetorial realizada no PVSB referiu-se às ações meio, realizadas por meio de parceria do poder público com a comunidade:

A gente estava fazendo algumas atividades em parcerias, especialmente geração de renda em parceria com as entidades comunitárias. Essas potencializaram um grande número, ou eles disponibilizando espaço, organizando o local, convidando ou fazendo as inscrições, às vezes até reformando salas para poder fazer os cursos, e a gente entrava, realmente, com a mão de obra, com material (T1).

Em alguns lugares a gente colocou alguns equipamentos públicos, como campinho, pistas (...) a própria comunidade cuidando. A experiência mais marcante foi no Aero Rancho que a gente tinha lá uma área privada que tava abandonada, havia muita violência, pessoas de gangues, pessoas dependentes de drogas, assustava muito os moradores. Já tinha uma estrutura que, embora estivesse decadente, era importante como um aparelho comunitário (...) daí nós desapropriamos a propriedade. A prefeitura fez uma reforma, de forma que ficou um espaço com reforço escolar, um projeto de inclusão digital pra criança e acho que pra adultos também, uma sala de alfabetização de adultos e jovens, um espaço multiuso onde fazia aula de capoeira, trabalhos manuais, dança, ginástica aeróbica, uma piscina, um arvoreiro com espaço de descanso embaixo e cursos (...) quando fez a inauguração a comunidade se apropriou desse espaço, ela podia ir lá a qualquer momento. Entrar lá ou para fazer curso ou pra sentar debaixo de uma árvore ou mexer num computador. Fazer curso de pano de prato ou fazer capoeira. Isto foi um bom exemplo, mas não foi igual em todos os bairros (G3).

Fica claro para esses representantes de governo que trabalhar em parceria com a comunidade potencializa esforços e possibilita a construção de um projeto social voltado a resultados de mudanças na qualidade de vida dos cidadãos.

A intersetorialidade, porém, vai mais além de o estabelecimento de parcerias. Ela é vista como nova forma de atuação que acarreta mudança nas práticas e na cultura das organizações gestoras de políticas sociais. É entendida como meio de intervenção, exige a articulação de diferentes

instituições e pessoas na busca da reconstrução da sociedade, por meio de uma rede de relações. Para DOWBOR (2002), as relações são repensadas sobre o conceito de parcerias que se cruzam com espaços políticos locais, de forma dinâmica, formando espaços articulados na base da sociedade, permitindo o funcionamento do sistema em rede, de forma horizontalizada.

Parcerias com as universidades e outros organismos

Nessa dimensão, tem-se a reflexão de FERNANDEZ e MENDES (2007, p. 55) quanto à importância de se investir em um processo permanente de uma nova cultura organizacional: “a gestão social não pode prescindir do compromisso de tomar parte de um processo permanente de investimento em uma nova cultura organizacional, capaz de superar a fragmentação do conhecimento e das propostas de ação”. Por essa ótica, também foram relatadas as iniciativas de formação de espaços articulados com outros setores para execução de algumas atividades:

Nós conseguimos formatar algumas parcerias, como por exemplo, a UFMS [Universidade Federal de Mato Grosso do Sul], através daquele projeto reação da comunidade, ela fazia capacitação dos agentes, das lideranças comunitárias (T1).

Outra ação de parceria que se iniciou no PVSB, fruto da articulação entre comunidade, poder público municipal e Banco do Brasil, foi um projeto de inclusão para jovens da região urbana do Prosa. Nessa experiência, a SAS propôs o desencadeamento do projeto na comunidade. Foram relatadas as ações e a existência do projeto e sua continuidade até os dias atuais.

A M. da SAS na época, disse para mim assim, não tem como aproveitar algumas demandas que a gente tem na região tipo clubes e criar um projeto aí? Eu falei, tem (...) aí nós criamos o projeto ABB Comunidade. A ABB absorveu esse projeto, isso dentro do programa Viva Seu Bairro. Na época, o Tainá, o Bosque da Esperança, Futurista e Imbirussu, eram os bairros que tinham as famílias mais carentes. Nós demoramos mais ou menos uns seis meses para montar esse projeto porque os bairros não aceitavam e

a gente teve que apertar. Hoje, todo mundo quer ir para lá, o ônibus pega no bairro, leva para dentro, atende a criança, tem o café da manhã, faz todas as atividades, tem até natação, musculação, tem acompanhamento escolar, tem jogo de tudo quanto é jeito e tem o uniforme,(...) tem de tudo. Hoje é um projeto que a ABB absorveu em parceria com o município e que deu certo e ajudou o programa Viva Seu Bairro, já tem garoto fazendo faculdade que estava usando droga, que não passava, que a nota era tudo ruim, que está fazendo faculdade hoje e trabalhando (P).

Barreiras enfrentadas em torno de uma missão comum

O caráter fragmentado do aparato governamental produziu barreiras e dificuldades para a execução diferenciada da proposta do PVSB. Os técnicos da UTC discorreram sobre elas e, como exemplo, foi citada a desarticulação dos setores na administração:

Foi uma forma totalmente diferente, muita resistência (...) porque é o novo né? É o novo, você muitas vezes tem que abrir mão daquilo que você pensa em função da necessidade do outro, agregar as condições, às vezes até dividir o seu recurso, você tem que passar a ter uma visão macro, você tem que deixar de ter a visão micro, pontual da sua ação, você tem que ter essa visão maior, não tem como você não ter barreiras. Houve momentos de descaso, até porque era uma forma nova e ninguém sabia fazer, na verdade é isso, era uma forma nova, ninguém sabia fazer (...) para você colher resultados, no mínimo uns dez anos. Mudança de prática, de conceitos, de um monte coisas (T6).

Esse discurso remete ao legado do caráter setorial, ainda arraigado nas práticas do aparato governamental. O gestor, então prefeito à época, relata as dificuldades encontradas na administração no exercício desse papel quando iniciou o PVSB.

(...) é a mesma coisa que tem no Viva a Vida hoje, cada um cuida de si, esse mindinho aqui que se chama obras, o que eu tenho a ver com a saúde? Não, nós vamos fazer assim: esse mindinho aqui que se chama planejamento cuida desse aqui que se chama obras, que cuida desse daqui que se chama educação (...). O problema em todos os governos seja municipal, e constata-se nos estaduais, é o dessincronismo existente, a individualização das secretarias, a dificuldade de integração, saber que uma coisa na saúde

tem interferência na obras, a obras tem interferência na educação, então a linha de ônibus fez com que os estudantes fossem mais a escola e tivesse menos evasão, então a integração intersetorial de secretarias que foi a barreira maior existente pelos próprios agentes executores (G2).

Para vencer essas barreiras, de como articular sujeitos e processos organizacionais e administrativos, há elementos que apontam para a vontade política do gestor no investimento de processos diferenciados, na mudança de práticas. Essa redefinição de um novo modelo de governança na produção de políticas públicas passou a ser uma necessidade no mundo contemporâneo (REZENDE, 2009).

O depoimento do gestor a seguir indica uma visão quanto à complexidade das questões que afetavam a cidade à época, a partir do diagnóstico inicial do setor saúde. Aponta que a visão do todo foi diferencial para a decisão de se buscar a intersectorialidade:

A história da iniciativa do “Viva Seu Bairro” foi em decorrência de levantarmos as áreas de maior criticidade no município de Campo Grande, tais como, maior número de analfabetos, maior número de desempregados, condições socioeconômicas piores, saneamento pior, alcoolismo aumentado, desemprego aumentado, menor quantidade de habitação, menor quantidade de habitação que não tinha banheiro, enfim, as áreas de maior criticidade foram elencadas e aí a intersectorialidade promovida pela triagem trazida pelo conhecimento dos agentes comunitários de saúde fez com que nós víssemos a necessidade de uma intersectorialidade a partir dos dados elencados pela saúde (...). Feito o diagnóstico, nós integramos a Secretaria de Saúde, a Secretaria de Educação, a Secretaria de Planejamento, Secretaria de Habitação, a Secretaria de Ação Social e a Secretaria de Obras, a Funcesp. Fizemos reuniões, (...), fizemos com que houvesse participação dos conselheiros regionais, tivemos conversas com participação do legislativo municipal, e a sociedade participou (...). No início houve necessidade da convocação do executivo, dos secretários para que participassem e integrassem o diagnóstico (G2).

Por esses discursos pode-se perceber a congruência com as afirmativas de WESTPHAL e ZIGLIO (1999) quanto à necessária mudança de atitude de políticos, acadêmicos e técnicos, para que se avance na

integração de saberes, em busca de uma nova racionalidade governativa.

4.3 ENFOQUE DOS DSS NO PVSB

Buscou-se identificar elementos teóricos do enfoque dos DSS no PVSB e, após sucessivas análises, para atender ao objetivo da pesquisa, como definido na introdução, de conhecer a relação da iniciativa com os DSS, foi utilizado o modelo de Dalhgren e Whitehead, utilizado pela CNDSS, e os depoimentos dos representantes de governo e da população.

Percebeu-se que, para os que vivenciaram a experiência, a temática qualidade de vida estava, em muitos momentos, associada aos DSS. Assim, nessa categoria emanada dos depoimentos – enfoque dos DSS, pôde-se evidenciar promoção da saúde e qualidade de vida como relacionadas ao PVSB. As ideias-chave encontradas foram: **percepção ampliada da saúde, cidadania, pertencimento e autoestima e melhoria da qualidade de vida após a intervenção.**

De forma geral, os resultados da pesquisa apontam uma série de ações que incidiram sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, propostas pelo modelo. As mais descritas pelos participantes foram as ações relacionadas a assegurar saneamento básico, habitação adequada, emprego, serviços de saúde e de educação de qualidade, entre outros, denominadas de determinantes *intermediários*.

Percepção ampliada da saúde

Os depoimentos apresentam a concepção de que a qualidade de vida é, em parte, alcançada por meio da atuação sobre os DSS, entendida pelos participantes da pesquisa como fatores relacionados a emprego, saúde, renda, autoestima, lazer, habitação e ecossistema saudável:

(...) alguns bairros foram atendidos com esses instrumentos, por exemplo, na área de lazer, campo de futebol, outros instrumentos, praças, quadras, enfim, vários instrumentos para dar um pouco mais de qualidade de vida. Por exemplo, das crianças, local para que elas possam estar brincando, saindo das ruas, então a gente tem no projeto “Viva Seu Bairro” isso daí, e que trazia um pouco mais de qualidade de vida para a população de Campo Grande e dos bairros da periferia da nossa capital (I).

(...) a implantação do Imbirussu/ Serradinho, que foi onde foi retirada as famílias que vivem em situações precárias, e dando uma situação melhor de moradia acabando assim com as favelas que existiam naquela região e também a implantação de uma creche e um posto de saúde SF, foi o que favoreceu muito a comunidade (I).

(...) ações que nós tínhamos, a maior parte, não eram ações ligadas propriamente a esse atendimento à saúde, eram outras ações, ações sociais, geração de renda, a prioridade para a escolarização, é, tanto para construção de escolas, como a escolarização, o problema da moradia, então todas essas questões foram colocados dentro do projeto (T1).

Quando você olha o Segredo e Prosa e todos os seus afluentes,(...) o que aconteceu? (...)ali nós tínhamos no corredor indo para Nova Lima um problema sério que era uma erosão nascente do Segredo, mas isso já está resolvido, já asfaltou, urbanizou aquela região dali e está subindo a norte sul. Em função desse Viva Seu Bairro de Campo Grande, a gente teve uma felicidade, apesar de hoje eu estar muito desmotivado com a política, mas a gente tem que citar as coisas boas (...) há um avanço muito grande nessa região e a gente acaba se esquecendo, mas faço questão de lembrar, ali onde estão construídas as casas do Soter hoje, era o grande lixão, entulhos, e aonde hoje é um muito bonito, tem quadras, setor de areia para as crianças brincarem até (P).

Foi relatada uma iniciativa que alterou as condições de saúde da população, uma vez que crianças brincavam num lixão e eram portadoras de “bicho-de-pé” – insetos comuns em solos arenosos que adentram a pele do hospedeiro, com sintomas como coceiras e ulcerações, podendo causar tétano:

Conta da época que saiu os bichos-de-pé das crianças (...) tinha uma favela bem do lado e brincavam, cada dedo tinha cinquenta bicho-de-pé, foi um desespero, por isso que foi construído esse parque do Soter também na época (P).

Os depoimentos remetem a intervenções em questões de subsistência das pessoas, como acesso à saúde, habitação, condições materiais de forma geral, e que, atuando sobre os mesmos, as condições de vida das pessoas melhoraram.

Outra percepção quanto a essas melhorias foi em relação à atuação dos conselhos de saúde e da comunidade em relação aos problemas de saúde que afetavam a região, explicitando a mobilização comunitária no processo de melhorar a qualidade de vida do local. Dentre as recomendações da CNDSS (2008) estão políticas que visem ao estreitamento das relações de solidariedade e confiança, que possibilitem a construção de redes que potencializem esforços para a mudança da realidade.

Verificou-se, no discurso a seguir, a referência aos processos participativos. Isto possibilita inferir que os participantes reconheceram a importância do fortalecimento dos processos participativos em iniciativas deste tipo, que atuam sobre os DSS.

O que funcionava dentro desse programa “Viva Seu Bairro” eram os conselhos de saúde que tinham dentro das unidades de saúde. Por exemplo, eu na oportunidade era conselheiro, coordenador do conselho gestor do centro de saúde nova Bahia que estava dentro da região, então o que acontecia? Quando a gente detectava um foco desse, já era automaticamente destinado uma orientação dentro da unidade de saúde para que a saúde pública tomasse a iniciativa naquele foco (P).

(...) é gratificante, e essa questão do programa “Viva Seu Bairro” ela passa muito pelos conselhos de saúde e também passam pelo trabalho comunitário (P).

Outro depoimento refere uma atuação sobre a questão do desemprego, por meio de uma ação de geração de emprego e renda. As incubadoras são derivadas de uma política de apoio a pequenos empreendedores, voltadas à produção de artesanato, artigos de couro e de vestuário. O depoimento a seguir traduz o entendimento de que a iniciativa das incubadoras pôde contribuir com a possibilidade de minimizar o desemprego.

Foi muito importante o que realizamos com as incubadoras, porque nós temos o Sebrae. Em todas elas, ele participa (...). Então as pessoas (...) se ela montou um pequeno negócio, ela tem três faixas de pequenos créditos (...). Na época era assim, até R\$ 500,00, se ele foi, por exemplo, fez um curso de cabeleireiro e ele quer montar o seu negócio, agora se ele foi para incubadora o crédito era o maior, em torno de R\$ 15.000,00 que ele podia financiar (T1).

Ações como essa atuam sobre os DSS, denominados macrodeterminantes, se preocupam com as causas estruturais que interferem nas condições de vida e trabalho das pessoas. No caso, a ação objetivou promover a redução das desigualdades sociais, por meio do estímulo ao desenvolvimento social da região.

Pertencimento e autoestima

Alguns representantes citaram o conceito de qualidade de vida ligado à perspectiva relacional, em que as pessoas, por meio de sua interação com as esferas da vida social, possam formar suas identidades sociais, sentindo-se integradas socialmente:

Os cursos que ocuparam as mulheres que estavam desocupadas e aumentou renda, então isso gera qualidade de vida (...) (S).

Os discursos a seguir demonstram a importância que os representantes deram à iniciativa, por se sentirem ativos e participantes das decisões da vida social e pertencentes ao espaço local em que vivem:

O mais importante desse projeto era para atender a autoestima da população para o pessoal que fica desanimado, assim, que só pensa besteira, que fica estressado, mas no geral era assim, envolver a comunidade na parte de saúde, de coração, sabe? Tirar aquela angústia, de raiva do marido, criança que dá trabalho. Então, levava esses projetos, essas atividades para ocupar o tempo, para melhorar, melhorou a qualidade de vida, as pessoas aprenderam a conversar mais, ter mais paciência um vizinho com o outro, aumentar a renda, para ajudar marido na renda familiar (S).

As pessoas começam a se sentir mais valorizadas e a autoestima delas melhora e muito, tanto as ações sociais e físicas, física que eu digo é assim um asfalto, limpeza de uma área desmatada, eles falavam nossa! Nós não estamos esquecidos aqui, tem alguém que está olhando por nós. E eles ficavam superfelizes, e com certeza eu acredito que isso muda sim (T4).

Esse depoimento relacionado à autoestima remete ao entendimento da importância de políticas que busquem fortalecer a organização e a participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas para a melhoria de suas condições de saúde e bem-estar. Essas podem favorecer o estabelecimento de laços de coesão social e das relações de solidariedade e confiança entre as pessoas.

Melhoria da qualidade de vida após a intervenção

A percepção do reconhecimento da interferência dos resultados do PVSB nas condições de vida da população da cidade foi ressaltada pelos representantes de governo como importante para o resgate da dignidade das pessoas, como elemento potencializador para a melhoria de sua qualidade de vida.

A situação que você via nos moradores quando você chegava lá, você tinha visto a situação anterior e chegava tinha uma casa, tinha dignidade. Tinha umas que estavam em condições subumanas, você via a pessoa ter conseguido uma casa, via a satisfação das pessoas (T2).

Após o “Viva Seu Bairro” entrar, após o “Viva Seu Bairro” fazer essas obras, a realidade daquele bairro foi outra coisa, transformou totalmente o local e as pessoas (T3).

Cidadania

A questão da cidadania também foi relacionada à melhoria da qualidade de vida pela atuação sobre DSS, como expresso no depoimento a seguir de um representante de governo.

A diferença é que contribuiu para a cidadania da pessoa, pois eu acho que saúde é cidadania, é você ter autoestima,

quer dizer gostar da casa que você mora, do bairro que você mora, você gostar de você, ter um emprego, nessa concepção ampla de saúde como um todo. De ter conhecimento, de você conseguir ações com essas populações (T1).

5 CONCLUSÕES

Com os procedimentos metodológicos escolhidos foi possível conhecer a relação entre o PVSB e os determinantes sociais da saúde, identificar a presença da participação social e da intersetorialidade nas ações desenvolvidas. Vale a pena destacar que a pesquisa identificou diversas ações que atuaram sobre os DSS com vistas a promover qualidade de vida, a partir da percepção dos que delas participaram.

Em relação ao contexto analítico, o percurso metodológico possibilitou descrever a iniciativa, que apresentou componentes de promoção de saúde, tais como a concepção ampliada de saúde voltada para a multicausalidade do processo saúde–doença, a atuação em áreas de risco social e, em especial, a mobilização da gestão municipal e outros setores no enfrentamento da redução das desigualdades nas regiões urbanas.

O deflagrar da iniciativa teve um componente importante: o protagonismo do setor saúde no planejamento e na formulação do PVSB. O trabalho de cadastramento das famílias realizado pelas equipes de ACS e da ESF possibilitou o contato com o território, com suas necessidades e desigualdades em saúde nas regiões urbanas da cidade. O setor saúde identificou uma série de demandas sociais que estavam comprometendo as condições de vida e saúde da população e conseguiu sensibilizar a gestão municipal para atuar sobre os DSS.

Em relação ao gerenciamento da iniciativa, pode-se observar que barreiras e dificuldades foram encontradas no aparato administrativo, seja pela precária cultura avaliativa nos processos de gestão, seja pela própria dificuldade técnica operacional da equipe com o desenvolvimento de um processo avaliativo participativo. A opção por contratar uma empresa avaliadora externa, um ano e meio após o início do projeto, comprometeu avaliação de processo. Nos discursos dos grupos focais, em nenhum

momento foi lembrada a ocorrência do processo avaliativo e nem foi citada a existência da empresa contratada de desenvolver o mesmo.

Houve afirmações, por parte dos representantes de governo, de que a sustentabilidade foi pensada como continuidade das ações, dos programas desenvolvidos, citando-se como exemplo uma estratégia utilizada que reuniu os conselheiros e discutiu com eles a questão da sustentabilidade. No entanto, não emergiu dos discursos nos grupos focais qualquer debate, discussão ou movimentos que tenham sido utilizados para a reflexão da sustentabilidade do PVSb. Percebe-se que ainda é incipiente a incorporação na gestão de uma prática avaliativa e, em especial, a clareza do conceito de sustentabilidade no planejamento da iniciativa e também de indicadores operacionais que poderiam ter sido utilizados no monitoramento da sustentabilidade.

Em relação aos princípios da intersetorialidade e da participação social, a percepção dos representantes da população quanto à participação social não se delimitou ao projeto, pois eles destacaram a institucionalização de canais de participação no contexto da cidade, consolidando o espaço dos CRU. Quanto à intersetorialidade, há indicativos de mobilização de vários setores da administração durante o PVSb com a finalidade de estabelecer canais de comunicação com os grupos organizados e construir propostas de ações conjuntas com eles. Os representantes de governo assinalaram a importância das parcerias com a comunidade, no intuito de congregiar energias que possibilitassem a construção de novos projetos sociais voltados a resultados de mudanças na qualidade de vida dos cidadãos.

No entanto, houve resistência em função da desarticulação dos setores na administração, apesar de investimentos na organização de colegiados de gestão e UTC, como possibilidades de espaços inovadores de gestão. Outra fragilidade diz respeito à institucionalização desses novos formatos de gestão, pois não há registros nos depoimentos dos grupos focais da importância do Colegiado de Gestão ou da UTC como espaço de discussão e proposição de ações ou de novos arranjos. Percebe-se que

essas instâncias foram mais utilizadas no contexto técnico-operacional, no desenvolvimento das ações do PVSB.

Em relação à participação, há indícios que a realização do PVSB possibilitou maior envolvimento dos conselheiros regionais urbanos nas decisões do planejamento urbano da cidade e também uma experiência diferenciada, na prática, dos representantes de governo, o que pode significar avanços nos processos democráticos. No entanto, a questão da necessidade de formação política de conselheiros emergiu como necessária para a qualificação da participação. Como principais barreiras para a participação social destacaram-se: a falta de participação da população nas instâncias participativas, a falta de conhecimento e a fragilidade do acesso à informação, dificuldades no exercício de atuação como conselheiro e a descrença no processo participativo, causando a evasão de lideranças. A dificuldade de articulação com o legislativo também foi relatada. Os achados sinalizaram a necessidade de investimento em estratégias de melhoria ao acesso de informação e conhecimento, cursos de formação política e também em mudanças que propiciem articulação entre os arranjos participativos e os representantes do legislativo.

De forma geral, o fortalecimento desses espaços colegiados pôde ser percebido, assim como a união das lideranças nos bairros em torno de alguns objetivos comuns. Embora elementos para uma análise mais detalhada quanto à dinâmica de articulação das lideranças não tenham se apresentado, concluiu-se, por meio dos depoimentos, que houve a formação de um espiral crescente de participação, estimulado por uma rede de apoio comunitário.

Mas, os princípios do PVSB, tais como, a forma de se trabalhar integradamente, com um arranjo institucional inovador, articulado entre e extrasetores da administração, envolvendo múltiplos participantes, expressou-se em riqueza para a dinâmica da cidade, pois os discursos dos representantes da população remetem à percepção quanto à diferença de um projeto que promoveu parcerias e alianças. Já, a percepção dos

representantes de governo quanto à forma de participar e acompanhar o desenvolvimento de projetos também foi positiva, mesmo que novos arranjos não tenham surgido. Vale ressaltar que os achados indicam a tentativa de desenvolver ações de forma integrada, e a utilização de mecanismos que buscaram a ação intersetorial e o fortalecimento da participação.

Quanto à atuação sobre os DSS, os resultados da pesquisa apontam uma série de ações dirigidas para os determinantes intermediários descritos no modelo de Dahlgren e Whitehead. De forma geral, a iniciativa atuou sobre esses DSS, de forma múltipla e, em muitos casos, integrada. A iniciativa foi focalizada nas piores áreas de risco das seis regiões da cidade com atuação sobre alguns determinantes sociais da saúde e destinada a grupos e populações específicas em situações vulneráveis. Embora não seja possível afirmar que tenha abordado a complexidade do referencial teórico da determinação social da saúde, é necessário enfatizar que o fato de ter trabalhado com diversos e diferentes determinantes, tais como: habitação, saneamento básico, ampliação e construção de equipamentos públicos e comunitários, serviços sociais de saúde, educação, promoção de medidas que possibilitassem a qualificação profissional e a geração de renda, visando redução do desemprego, entre outros, e, em praticamente todas as regiões do município, significou avanços e possibilitou o atendimento ao objetivo de reduzir as desigualdades sociais, sob a ótica dos que participaram da pesquisa.

Não há elementos, nem foi a proposta dessa tese, avaliar o impacto de redução das desigualdades sociais na cidade após a realização do PVSB. No entanto, cabe destacar que o PVSB apresentou um diferencial na sua relação com os DSS, por ter atuado concomitantemente em todas as áreas de risco social da cidade, sobre muitos determinantes. Se a administração municipal tiver como proposta trabalhar com projetos focalizados, pela disponibilidade de linhas de financiamento, entende-se, pelos resultados desta pesquisa, que o fato de atuar sobre vários DSS e em todas as regiões da cidade pôde ser reconhecido positivamente pela

população, por significar, como ocorreu em Campo Grande, melhoria da qualidade de vida. Além disso, os depoimentos também nos permitem inferir que os mecanismos de gestão participativa se fortaleceram, muito embora tenham apresentado fragilidades. A busca pela ação intersetorial também foi transversal ao planejamento e à execução do projeto, conforme preconizado pela CNDSS.

Por fim, é certo concluir que o PVSB configurou-se como iniciativa do campo da promoção da saúde, atuou sobre os DSS, fortaleceu os mecanismos de participação nos CRU e buscou mecanismos de ação intersetorial. Sendo assim, espera-se que o estudo dessa iniciativa possa contribuir como exemplo de possibilidade de criação de projetos governamentais diferenciados, com desenhos que busquem o fortalecimento da participação social, a intersetorialidade, a sustentabilidade e a atuação sobre os DSS.

6 REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F.L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.41, p. 67-86, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v41nspe/a05x41sp.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2010.

AKERMAN, M.; MENDES; BÓGUS, C.M. É possível avaliar um imperativo ético? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.605-15, 2004.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.14, n.3, p.30-50, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n3/04.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2009.

ANDRADE, T.A.; SERRA, R.V. O recente desempenho das cidades médias no crescimento populacional urbano brasileiro. *Revista brasileira de estudos da população*, Brasília, DF, v.16, n.1/2, p.19-42, 1999. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol16_n1e2_1999_2artigo_19_42.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2009.

ARELLANO, O.L.; ESCUDERO, J.C.; CARMONA, L.D. Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud. *Medicina Social*, Ciudad de Mexico, v.3, n.4, p.323-33, 2008.

AVRITZER, L. Reforma política e participação no Brasil. In: AVRITZER, L.; ANASTASIA, F. (Org.). *Reforma política no Brasil*. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 35-43. Disponível em: <http://www.democraciaparticipativa.org/files/livro_reformaPol.pdf>. Acesso em: 22 set. 2009.

AZEREDO, B.; DUNCAN, G. (Org.). *A experiência da área de desenvolvimento social no período de 1996-2002*. Rio de Janeiro: BNDES, 2002.

BARATA, R.B. Epidemiologia social. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.18, n.1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1415-790X2005000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan.2010.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições Setenta, 1988.

BAUM, F.; HARRIS, L. Equity and the social determinants of health. *Health promotion journal of Australia*, Victoria, v.17, n.3, p.163-4, 2006.

BJÄRAS, G.; HAGLUND, B.J.A.; RIFKIN, S.B. A new approach to community participation assessment. *Health Promotion International*, Oxford, v.6, n.3, p.199-202, 1991.

BÓGUS, C.M. Conselhos gestores de políticas públicas no município de São Paulo: identidade, limitações e potencialidades na perspectiva da promoção da saúde. 2009. Tese (Livre Docência em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

BÓGUS, C.M.; WESTPHAL, M.F. Participação social e cidadania em movimentos por cidades saudáveis. In: FERNANDEZ, J.C.A.; MENDES (Org.). *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: Hucitec, 2007. p.61-83.

BOURLEGAT, C.A. Ordem local como força interna de desenvolvimento. *Interações: revista internacional de desenvolvimento local*, Campo Grande, v.1, n.1, p-13-20, 2000.

BRASIL. *Decreto de 13 de março de 2006*. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/decreto.htm>>. Acesso em: 31 mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *O que são Determinantes Sociais da Saúde (DSS)?* Rio de Janeiro: CNDSS, 2006b. Encarte.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. *Informações em saúde*. Brasília, DF, [s.d.]. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=02>>. Acesso em: 10 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde*: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da 8ª Conferência Nacional da Saúde*. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília, DF, 2006c.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades*. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 8 nov. 2009.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores. *Pesquisa Nacional de Saneamento Básico de 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Programa das Nações para o Desenvolvimento. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil em 2000*. Brasília (DF): IBGE/PNUD, 2003.

BREILH, J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

BREILH, J. Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada em la determinación social de la salud. In: TALLER LATINOAMERICANO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, 1., 2008, México. *Documentos base...* México: Asociación Lationoamericana de Medicina Social, 2008, p. 1-16. Disponível em: <<http://www.alames.org/documentos/ponenciais.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2009.

BUAINAIN, M.S.C.N. (Ed.). *Campo Grande, memórias em palavras: a cidade na visão de seus prefeitos*. Campo Grande: Instituto Municipal de Planejamento Urbano, 2006.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.173-7, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2009.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.15-38.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 79-93, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudeedeterminantessociais_artigo.pdf>. Acesso em: 24 set. 2009.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p.2005-8, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900033&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 6 abr. 2007.

CAMPO GRANDE. Aspectos físicos e territoriais. In: CAMPO GRANDE. *Perfil socioeconômico de Campo Grande, 2007-2008*. Campo Grande, 2007, p. 46-57. Disponível em: <<http://www.pmcg.ms.gov.br/PLANURB/downloads/PerfilSocioeconomico2007Capitulo3AspectosFisicos.pdf>>. Acesso em: 8 nov.2009.

CAMPO GRANDE. *Comunidade Viva Notícias*. Campo Grande, ano 1, n.2, p. 1-8, 2006a.

CAMPO GRANDE. *Edital n.1/2006 – sistema municipal de planejamento: atualização e cadastramento de entidades*. Campo Grande, 2006b. Disponível em: <http://www.pmcg.ms.gov.br/PLANURB/downloads/Edital01_PlanurbSMP.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2007.

CAMPO GRANDE. *Edital. 2/2006 – regulamento para eleição de conselheiros regionais*. Campo Grande, 2006c. Disponível em: <http://www.pmcg.ms.gov.br/PLANURB/downloads/edital_002.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2009.

CAMPO GRANDE. *Observatório do mercado de trabalho*. 8. ed. Campo Grande, 2008. Disponível em: <<http://www.pmcg.ms.gov.br/FUNSAT/downloads/1216Boletim8OMT.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2009.

CAMPO GRANDE. *Perfil socioeconômico de Campo Grande, 2005*. Campo Grande, 2005.

CAMPO GRANDE. *Perfil socioeconômico de Campo Grande, 2006-2007*. Campo Grande, 2006d.

CAMPO GRANDE. *Perfil socioeconômico de Campo Grande, 2008-2009*. Campo Grande, 2009. Disponível em: <<http://www.pmcg.ms.gov.br/index.php?s=44location=29&idFile=>>. Acesso em: 8 nov. 2009.

CAMPO GRANDE. *Programa de apoio a projetos multissetoriais: projeto multissetorial integrado Viva Seu Bairro*. Campo Grande, 2001.

CAMPO GRANDE. *Relatório de acompanhamento do projeto: projeto multissetorial integrado*. Campo Grande, 2004a.

CAMPO GRANDE. *Relatório de avaliação: 2º relatório mensal, setembro/2004 – relatório final*. Campo Grande, 2004b.

CAMPO GRANDE. *Saúde, em 5 anos, um saldo de qualidade: relatório de gestão em saúde*. Campo Grande, 2002.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a20v09n3.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2009.

CARVALHO, S. R. Promoción de la salud, “empowerment” y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 4, n. 3, p. 335-47, 2008a. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/731/73140306.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2009

CARVALHO, S. R. *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudanças*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Editorial. *Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*. Rio de Janeiro, v.33, n.83, p.341-2, 2009a.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Teses da CEBES: contribuição para o debate*. Rio de Janeiro, 2009b. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Blog/DETERMINANTES%20SOCIAIS_ok.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2010.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Rediscutindo a questão da determinação social da saúde: termo de referência para seminário do CEBES*. Rio de Janeiro, [s.p.], 2009c. Disponível em: <[http://www.cebes.org.br/media/File/seminario%20determinacao%20social%20da%20saude/Termo%20de%20referencia%20determinao%20social%20da%20sade%20-%20Cebes\(1\).pdf](http://www.cebes.org.br/media/File/seminario%20determinacao%20social%20da%20saude/Termo%20de%20referencia%20determinao%20social%20da%20sade%20-%20Cebes(1).pdf)>. Acesso em: 8 nov. 2009

CHIAVENATO, I. *Introdução à teoria geral da administração*. 7. Ed. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde*. Genebra, 2005. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2_CSDH_Conceptual%20Framework%20-%20traducao%20APF.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2007.

COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *Subsanar lãs desigualdades em uma generaci3n*. Genebra, 2009. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf>. Acesso em: 19 set. 2009.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *Linhas de aç3o*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/linhas.asp>>. Acesso em: 6 abr. 2007.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *As causas das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, 2008. Relatório.

COSTA, F.L. Dilemas da participação cidadã na gestão de políticas públicas. *Veredas do direito*, Belo Horizonte, v.6, n.11, p75-95, 2009. Disponível em: <<http://www.domtotal.com/esdhc/publicacoes/pdf/29-184.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2010.

CRUBELLATE, J.M. Participação como controle social: uma crítica das estruturas organizacionais flexíveis. *RAE electron*, São Paulo, v.3, n.2, p.2-18, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf./racel/v3n2/v3n2a04.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2010.

DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY. *Inequalities in health*: Report of a research working group. London, 1980. Black Report.

DESLANDES, S. F. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos*: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 157-184.

DOBASHI, B. F. et al. Viva seu Bairro: em Campo Grande/MS a Promoção da Saúde percorre os caminhos da intersetorialidade. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 32, p. 28-35, 2005.

DOWBOR, L. *Parcerias e alianças*: o bom senso na gestão social: uma abordagem conceitual das políticas para crianças e adolescentes. São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://dowbor.org/parceriasfinal.doc>>. Acesso em: 7 abr. 2007.

FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES. Gestão local e políticas públicas para a qualidade de vida. In: FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES (Org.). *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 41-60.

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

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituto. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 743-52, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/10.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2010.

GERSCHMAN, S. Conselhos municipais de saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1.670-81, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/26.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2009.

GOHN, M. G. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 20-31, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/03.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2009.

GUILHEM, D.; ZICKER, F. *Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios*. Brasília, DF: Letras Livres, 2007.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 797-805, 2006.

HARVEY, G. Looking at program sustainability: Identifying factors in two educational initiatives in Victoria. In: AUSTRALASIAN EVALUATION SOCIETY INTERNATIONAL CONFERENCE, 6., Brisbane, 2005. *Papers...* Lyneham: Australasian Evaluation Society, 2005. Disponível em: <<http://www.aes.asn.au/conferences/2005/Graeme%20Harvey%20AES%20Oct-2005.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2009.

HENRIQUES, R. M. S. Prefácio. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 11-13.

JACOBI, P. Poder local, políticas sociais e sustentabilidade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 31-48, 1999.

JACOBI, P. A gestão participativa de bacias hidrográficas no Brasil e os desafios do fortalecimento de espaços públicos colegiados. In: COELHO, V. S. R. P.; NOBRE, M. (Org.). *Participação e deliberação*. São Paulo: 34 Letras, 2004. p. 270-289.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 11-22, 1998.

JUNQUEIRA, L.A.P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-36, 2004.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M. *Desenvolvimento social e intersetorialidade: a cidade solidária*. São Paulo: Fundap, 1997.

LABRA, M. E. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N.T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas dos SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353-383.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 537-47, 2002.

LIMA, V. G. P. et al. Análise da eficácia de programas sociais de promoção da saúde realizados em condições macroestruturais diversas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 679-696, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n70/a07n70.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2007.

LÜCHMANN, L.H.H. A representação no interior das experiências de participação. *Lua Nova*, São Paulo, v. 70, p. 139-170, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n70/a07n70.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2009.

LÜCHMANN, L. H. H. *Possibilidades e limites da democracia deliberativa: a experiência do orçamento participativo de Porto Alegre*. 2002. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*, London, v. 365, n. 9.464, p. 1.099-1.104, 2005.

MARMOT, M. G. Creating healthier societies. *Bulletin of the World Health Organization*, London, v. 82, n. 5, p. 320-321, 2004.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Diretoria Geral da Gestão Estratégica. Coordenadoria de Educação na Saúde. *Educação permanente: plano estadual de Mato Grosso do Sul*. Campo Grande, 2009.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado do Meio Ambiente, das Cidades, do Planejamento, da Ciência e Tecnologia. *Dados estatísticos dos municípios de MS*. Campo Grande, 2008. Disponível em: <<http://www.semac.ms.gov.br/index.php?inside=1&tp=3&comp=&show=2885>>. Acesso em: 8 nov. 2009.

MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde*. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, R. *Cidades saudáveis no Brasil e os processos participativos: os casos de Jundiaí e Maceió*. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.25, n.5, p.341-349, 1991.

MENDES; AKERMAN, M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: FERNANDEZ, J.C.A.; MENDES (Org.). *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: Hucitec, 2007a. P.85-110.

MENDES; FALVO, F. Motuca healthy municipality Project: building together, a better future. *Promotion & Education*, Paris, v.14, n.2, p.81-82, 2007b.

MILANI, C. R. S. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e européias. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 551-579, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n3/a06v42n3.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2009.

MINAYO, M.C.S. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-51.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2009.

MINAYO, M. C. S. et al. Apresentação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005a. p. 15-17.

MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005b. p. 71-103.

MOURA, J. T. V.; SILVA, M. K. Atores sociais em espaços de ampliação da democracia: as redes sociais em perspectiva. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, v. 16, p. 43-54, 2008. Suplemento.

MOYSÉS, S. J. et al. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, 2004.

NAVARRO, V. What we mean by social determinants of health. *Global Health Promotion*, London, v.16, n.1, p. 5-16, 2009.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo as ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Declaração do México*. Cidade do México, DF, 2000. Documento gerado a partir da V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/uploadArq/Mexico.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Secretaria da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Ação sobre os determinantes sociais da saúde: aprendendo com experiências anteriores*. Genebra, 2005. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-1_Marmott>. Acesso em: 31 mar. 2007.

PAIM, J. S. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n4/a2593.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2009.

PINTO, C. R. J. Espaços deliberativos e a questão da representação. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 19, n. 54, p. 97-113, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v19n54/a06v1954.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2009.

PINTO, V. G. *Saúde bucal coletiva*. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000.

PLUYE, P.; POTVIN, L.; DENIS, J. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, Elmsford, v. 27, p. 121-133, 2004. Disponível em: <[http://www.cacis.umontreal.ca/perennite/en/doc/1.%20Pluye,%20Potvin%20&%20Denis%20\(2004\)%20EPP.pdf](http://www.cacis.umontreal.ca/perennite/en/doc/1.%20Pluye,%20Potvin%20&%20Denis%20(2004)%20EPP.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2009.

RAPHAEL, D. *Social determinants of health: Canadian perspectives*. Toronto: Canadian Scholar's Press, 2004. p.1-18. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=86wfBvobc1sC&pg=PA17&lpg=PA17&dq=Raphael+D.+Introduction+to+the+Social+Determinants+of+Health.+In:+Raphael+D.,&source=bl&ots=AC6VGlfj5v&sig=HF7AyOt8d2SJR_SLsBvXoPR_9hQ&hl=pt-BR&ei=el43S6POIY-OuAeg062kBw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=8&ved=0CDwQ6AEwBw#v=onepage&q=Raphael%20D.%20Introduction%20to%20the%20Social%20Determinants%20of%20Health.%20In%3A%20Raphael%20D%2C&f=false>. Acesso em: 27 dez. 2009.

REZENDE, F.C. Desafios gerenciais para a reconfiguração da administração burocrática brasileira. *Sociologias*, Porto Alegre, n.21, p.344-365, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n21/14.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2010.

RICE, M.; FRANCESCHINI, M. C. Lessons learned from the application of a participatory evaluation methodology to healthy municipalities, cities and communities initiatives in selected countries of the Americas. *Promotion & Education*, Paris, v. 14, n. 2, p. 68-73, 2007

RIPSA – Rede Interagencial de Informação para Saúde. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2.ed. Brasília, DF: OPAS, 2008.

RIPSA - Rede Interagencial de Informação para Saúde. *Indicadores básicos para a saúde em Mato Grosso do Sul*. Brasília, DF, 2009. No prelo.

SALES, T. Raízes da desigualdade social na cultura política brasileira. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, n. 25, 1994. Disponível em: <http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_25/rbcs25_02.htm>. Acesso em: 20 nov. 2009.

SCHERER-WARREN, I. Das mobilizações às redes de movimentos sociais. *Sociedade e Estado*, Brasília, DF, v. 21, n. 1, p. 109-130, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v21n1/v21n1a07.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2009.

SHEDIAC-RIZKALLAH, M. C.; BONE, L. E. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research*, Oxford, v. 13, n. 1, p. 87-108, 1998.

SILVA, W. F. M. *A descentralização na política urbana de Campo Grande como possibilidade de desenvolvimento*. 2007. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Aquidauana, 2007.

SOUZA, C. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 27-41, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n2/a04v18n2.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2009.

SOUZA, D. V.; ZIONI, F. Novas perspectivas de análise em investigações sobre meio ambiente: a teoria das representações sociais e a técnica qualitativa da triangulação de dados. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 76-85, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v12n2/08.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2009.

SOUZA, E. R. et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 133-156.

SWERISSEN, H.; CRISP, B. R. The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization. *Health Promotion International*, Oxford, v. 19, n. 1, p. 123-130, 2004. Disponível em: <<http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/reprint/19/1/123.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2009.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. *Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: EDUSP, 2001.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 47-103.

TEIXEIRA, C. F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 37-46, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/05.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2009.

UNIÃO INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE. Oficina Regional Latino-Americana. Sub-Região Brasil. *Conceitos-chave: promoção da saúde*. Recife, 2006. Disponível em: <http://www.ufpe.br/nusp/projetos/municipios_saudaveis/Efetividade-conceito.pdf>. Acesso em: 30 out. 2006.

UNIVERSIDAD DE YORK. *Los determinantes sociales de la salud: la Carta de Toronto para un Canada saludable*. Toronto, 2002. Disponível em: <<http://www.socialjustice.org/subsites/conference/CartaDeToronto.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2007.

VILLAR, E. Los determinantes sociales de salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el estado y la sociedad civil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.16, n. 3, p. 7-13, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n3/02.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2009.

WESTPHAL, M. F. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 39-51, 2000.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e a qualidade de vida. In: FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES (Org.). *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 13-40.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 635-667.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, DC, v. 120, n. 6, p. 472-482, 1996.

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Avaliação participativa e a efetividade da promoção da saúde: desafios e oportunidades. *Boletim Técnico do SENAC*, v. 35, p. 17-27, 2009.

WESTPHAL, M. F.; ZIGLIO, E. Políticas públicas e investimentos: a intersectorialidade. In: FUNDAÇÃO PREFEITO FARIA LIMA; CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL. *O município no século XXI: cenários e perspectivas*. São Paulo, 1999. p. 111-121.

WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: WHO, 2000. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/Document/PAE/conceptsrpd414.pdf>>. Acesso em: 18 sep. 2009.

WILKINSON, R.; MARMOT, M. (Ed.). *Social determinants of health: The solid facts*. 2nd ed. Copenhagen: WHO, 2003. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/DOCUMENT/E81384.PDF>>. Acesso em: 31 mar. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Ottawa charter for health promotion: First international conference on health promotion*, Ottawa, 1986. Disponível em: <www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Secretariat of Commission on Social Determinants of Health. *Action on the social determinants of health: learning from previous experiences*. Geneva: WHO, 2005a. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sd.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The president of Chile and the WHO director-general launch global Commission to tackle the "causes behind the causes of ill-health"*. Santiago, WHO, 2005b. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr13/en/index.html>>. Acesso em: 27 dez. 2009.

ZIONI, F. Ciências sociais e meio ambiente. In: PHILIPPI JR, A.; PELICIONI, M.F. (Org.). *Educação ambiental e sustentabilidade*. Barueri: Manole, 2005. P.39-58.

ZIONI, F.; WESTPHAL, M.F. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social, *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.16, n.3, p.26-34, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n3/04.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2009.

APÊNDICES

Apêndice A – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA

Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa acadêmica realizada por Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves para obtenção do grau de doutor em Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob orientação da Professora Dra. Cláudia Maria Bógus, do Departamento de Prática de Saúde Pública, cujo título é **Atuação sobre os Determinantes Sociais da Saúde em uma iniciativa de Campo Grande-MS: Projeto Viva Seu Bairro**. Esta pesquisa pretende estudar a iniciativa desenvolvida em Campo Grande no período de 2001 a 2004, denominada **Projeto Viva seu Bairro**, deflagrada pelo setor saúde, a partir de um levantamento das áreas de maior risco da cidade, realizado pela equipe de saúde da família. O levantamento subsidiou o planejamento do projeto e mobilizou atores sociais na busca por recursos para a sua execução. O objetivo da pesquisa é conhecer a relação entre o PVSB e os determinantes sociais da saúde, bem como identificar a presença da participação social e da intersetorialidade nas ações desenvolvidas. O conhecimento produzido pela pesquisa poderá auxiliar na elaboração de outras iniciativas de promoção da saúde. Este projeto de pesquisa, seus métodos e seus instrumentos de coleta de dados foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública, e foram aprovados segundo as normas previstas para a pesquisa com seres humanos pela Resolução CNS 196/96 e demais regulações específicas. Solicitamos a sua participação em uma entrevista sobre os temas desenvolvidos em nossa pesquisa e esclarecemos que toda e qualquer informação obtida durante esta entrevista será utilizada de forma a proteger a identidade dos participantes e a assegurar que as informações permaneçam confidenciais. Não há nenhum pagamento para o entrevistado e nem ressarcimento de qualquer despesa. A entrevista será realizada em local reservado e terá duração aproximada de 60

minutos. Para registro e plena utilização das informações prestadas, solicitaremos a sua autorização para o uso do gravador. Todos os materiais (fitas, questionários, transcrição das fitas) ficarão guardados em local, ao qual, somente a pesquisadora e sua orientadora, terão acesso e serão mantidos em sigilo na Faculdade de Saúde Pública da USP, por um período de (03) três anos. Após esse período, as fitas e os documentos serão destruídos. O(a) senhor(a) tem o direito de não responder a qualquer pergunta e de interromper a participação quando quiser, sem que nenhum dano e/ou prejuízo ocorra. A sua participação é muito importante e deve ser voluntária; caso aceite participar poderá desistir a qualquer momento. Para quaisquer esclarecimentos - a qualquer tempo - entre em contato com a Profª Dra. Cláudia Maria Bógus, orientadora desta pesquisa acadêmica, no telefone (011)3061-7761.

Consentimento pós-esclarecido

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e tendo entendido o que me foi explicado, consinto em participar voluntariamente desta pesquisa.

Título do Estudo: Atuação sobre os Determinantes Sociais da Saúde em uma iniciativa de Campo Grande-MS: Projeto Viva Seu Bairro

Pesquisadora: Crhistinne Cavalheiro Maymone Gonçalves /RG nº 271.572 SSP/MS

Orientadora: Profª Dra Cláudia Maria Bógus

Nome do participante:

() Aceito participar da pesquisa

RG: SSP

Assinatura do participante:

Data:

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GRUPO FOCAL

Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa acadêmica realizada por Crhistinne Cavalheiro Maymone Gonçalves para obtenção do grau de doutor em Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob orientação da Professora Dra. Cláudia Maria Bógus, do Departamento de Prática de Saúde Pública, cujo título é **Atuação sobre os Determinantes Sociais da Saúde em uma iniciativa de Campo Grande-MS: Projeto Viva Seu Bairro**. Esta pesquisa pretende estudar a iniciativa desenvolvida em Campo Grande no período de 2001 a 2004, denominada **Projeto Viva seu Bairro**, deflagrada pelo setor saúde, a partir de um levantamento das áreas de maior risco da cidade, realizado pela equipe de saúde da família. O levantamento subsidiou o planejamento do projeto e mobilizou atores sociais na busca por recursos para a sua execução. O objetivo da pesquisa é conhecer a relação entre o PVSB e os determinantes sociais da saúde, bem como identificar a presença da participação social e da intersetorialidade nas ações desenvolvidas. O conhecimento produzido pela pesquisa poderá auxiliar na elaboração de outras iniciativas de promoção da saúde. Este projeto de pesquisa, seus métodos e seus instrumentos de coleta de dados foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública, e foram aprovados segundo as normas previstas para a pesquisa com seres humanos pela Resolução CNS 196/96 e demais regulações específicas. Você foi selecionado(a) para compor uma amostra, e solicitamos a sua participação em um grupo focal sobre os temas desenvolvidos em nossa pesquisa e esclarecemos que toda e qualquer informação obtida durante este grupo focal será utilizada de forma a proteger a identidade dos participantes e a assegurar que as informações permaneçam confidenciais. Não há nenhum pagamento para o entrevistado e nem ressarcimento de qualquer despesa. O grupo focal será realizado em local reservado e terá duração aproximada de 90 minutos. Para registro e plena utilização das informações prestadas, solicitaremos a sua autorização para o uso do gravador. Todos os materiais (fitas, questionários, transcrição das fitas) ficarão guardados em local, ao qual, somente a pesquisadora e sua orientadora, terão acesso e serão mantidos em sigilo na Faculdade de Saúde Pública da USP, por um período de (03) três anos. Após esse período, as fitas e os documentos serão destruídos. O(a) senhor(a) tem o direito de não responder a qualquer pergunta e de interromper a participação quando quiser, sem que nenhum dano e/ou prejuízo ocorra.

A sua participação é muito importante e deve ser voluntária e caso aceite participar poderá desistir a qualquer momento. Para quaisquer esclarecimentos - a qualquer tempo - entre em contato com a Profª Dra. Cláudia Maria Bógus, orientadora desta pesquisa acadêmica, no telefone (011)3061-7761.

Consentimento pós-esclarecido

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e tendo entendido o que me foi explicado, consinto em participar voluntariamente desta pesquisa.

Título do Estudo: Atuação sobre os Determinantes Sociais da Saúde em uma iniciativa de Campo Grande-MS: Projeto Viva Seu Bairro

Pesquisadora: Crhistinne Cavalheiro Maymone Gonçalves /RG nº 271.572 SSP/MS

Orientadora: Profª Dra Cláudia Maria Bógus

Nome do participante:

() Aceito participar da pesquisa

RG: SSP

Assinatura do participante:

Data:

Apêndice B – Instrumentos de Coleta de Dados

PERFIL DE CONSELHEIROS

Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

Título do Estudo: Atuação sobre os Determinantes Sociais da Saúde em uma iniciativa de Campo Grande-MS: Projeto Viva Seu Bairro

Pesquisadora: Crhistinne Cavalheiro Maymone Gonçalves /R.G.nº 271.572SSP/MS

Orientadora: Profª Dra. Cláudia Maria Bógus

Conselho Regional:

Data:

Horário:

Local:

1. Sexo: ☐ feminino ☐ masculino
2. Data de nascimento:/...../.....
3. Atividade profissional:
4. Local de trabalho:
5. Até que série frequentou a escola:
6. Renda familiar:
7. Endereço residencial:
.....
8. Telefone residencial:
9. Outro telefone de contato:
10. Tempo de atuação como conselheiro:
☐ 3-5 anos ☐ 5-7 anos ☐ 7-9 anos ☐ mais que 9 anos
11. Representa ou representou qual segmento:
☐ Saúde ☐ Comunitário ☐ Educação ☐ Regional
Qual entidade representa ou representou?

ROTEIRO DE ENTREVISTA 1– PREFEITOS E SECRETÁRIOS

Prezado Senhor,

A cidade de Campo Grande – MS nas duas últimas administrações municipais vem adotando iniciativas relacionadas ao tema desta pesquisa: **Atuação sobre os Determinantes Sociais da Saúde em uma iniciativa de Campo Grande-MS: Projeto Viva Seu Bairro**. Esta entrevista objetiva coletar dados para subsidiá-la. Apresento-lhe o Termo de Consentimento, pois caso aceite participar, será necessário sua assinatura. Há a necessidade de fazer algumas perguntas e gravar as respostas. As recomendações éticas serão rigorosamente respeitadas.

1. Qual a história da iniciativa Viva seu Bairro? Quais seus pontos principais?
2. Quais elementos motivaram a administração municipal a optar por esta iniciativa?
3. Quais grupos da administração municipal participaram mais intensivamente na iniciativa?
4. Na iniciativa Viva seu Bairro foram usadas estratégias intersetoriais, tais como parcerias, colaborações e alianças entre diferentes setores para promoverem um objetivo comum? Quais?
5. Existiram barreiras para as estratégias intersetoriais?
6. Na sua opinião, como ocorreu a participação da população na iniciativa? Como eles se envolveram na iniciativa?
7. Qual é a importância da participação dos Conselhos Regionais Urbanos na definição e no desenvolvimento da iniciativa?
8. Como foi pensada a questão da sustentabilidade da iniciativa? E para a segunda fase? Quais estratégias foram utilizadas?
9. Em sua opinião, como o setor saúde aglutinou a administração municipal ao redor de um projeto comum?
10. Por favor, descreva o progresso e os resultados da iniciativa. É possível estabelecer uma relação entre a iniciativa e possíveis mudanças nas condições sociais que influenciam a saúde da população?
11. Esta iniciativa contribuiu de alguma outra forma para a promoção da saúde da população?

ROTEIRO DE ENTREVISTA 2 – COORDENADOR DA INICIATIVA DO PROJETO VIVA SEU BAIRRO

Prezado(a) Senhor(a),

A cidade de Campo Grande nas duas últimas administrações municipais vem adotando iniciativas relacionadas ao tema desta pesquisa: **Atuação sobre os Determinantes Sociais da Saúde em uma iniciativa de Campo Grande-MS: Projeto Viva Seu Bairro**. Esta entrevista objetiva coletar dados para subsidiá-la. Apresento-lhe o Termo de Consentimento, pois caso aceite participar, será necessário sua assinatura. Há a necessidade de fazer algumas perguntas e gravar as respostas. As recomendações éticas serão rigorosamente respeitadas.

1. Qual a história da iniciativa "Viva seu bairro"? Por favor, identifique as características importantes da iniciativa, incluindo: contexto; execução; dificuldades estruturais ou facilitadores; relações; acessibilidade aos recursos e resultados?
2. Quais elementos motivaram a administração municipal a optar por esta iniciativa?
3. Quais grupos da administração municipal participaram mais intensivamente na iniciativa?
4. Na iniciativa Viva seu Bairro foram usadas estratégias intersetoriais, tais como parcerias, colaborações e alianças entre diferentes setores para promoverem um objetivo comum? Quais?
5. Existiram barreiras para as estratégias intersetoriais?
6. Na sua opinião, como ocorreu a participação da população na iniciativa? Como eles se envolveram na iniciativa?
7. Qual é a importância da participação dos Conselhos Regionais Urbanos na definição e no desenvolvimento da iniciativa?
8. Como foi pensada a questão da sustentabilidade da iniciativa? E para a segunda fase? Quais estratégias foram utilizadas?
9. Em sua opinião, como o setor saúde aglutinou a administração municipal ao redor de um projeto comum?
10. Por favor, descreva o progresso e os resultados da iniciativa. É possível estabelecer uma relação entre a iniciativa e possíveis mudanças nas condições sociais que influenciam a saúde da população?
11. Esta iniciativa contribuiu de alguma outra forma para a promoção da saúde da população?

ROTEIRO DE ENTREVISTA 3 – REPRESENTANTE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NA INICIATIVA DO PROJETO VIVA SEU BAIRRO E DEMAIS MEMBROS DA UNIDADE TÉCNICA CENTRAL

Prezado(a) Senhor(a),

A cidade de Campo Grande nas duas últimas administrações municipais vem adotando iniciativas relacionadas ao tema desta pesquisa: **Atuação sobre os Determinantes Sociais da Saúde em uma iniciativa de Campo Grande-MS: Projeto Viva Seu Bairro**. Esta entrevista objetiva coletar dados para subsidiá-la. Apresento-lhe o Termo de Consentimento, pois caso aceite participar, será necessário sua assinatura. Há a necessidade de fazer algumas perguntas e gravar as respostas. As recomendações éticas serão rigorosamente respeitadas.

1. Qual foi a sua participação no projeto "Viva seu Bairro"? Como foi a participação do setor que você representava na iniciativa? E a sua atuação na UTC?
2. Quais elementos motivaram a administração municipal a optar por esta iniciativa?
3. Em sua opinião, como o setor saúde aglutinou a administração municipal ao redor de um projeto comum?
4. O que representou a iniciativa? É possível descrever mudanças na forma de trabalhar da prefeitura? É possível descrever mudanças nas práticas?
5. Qual o progresso e os resultados da iniciativa? É possível estabelecer a relação entre a iniciativa e as mudanças entre os fatores determinantes sociais da saúde? Quais foram os elementos mais significantes?
6. Qual a contribuição da iniciativa para a promoção da saúde da população?
7. Na iniciativa Viva seu Bairro foram usadas estratégias intersetoriais, tais como parcerias, colaborações e alianças entre diferentes setores para promoverem um objetivo comum? Quais?
8. Como ocorreu a participação da população na iniciativa? Como ela se envolveu na iniciativa?
9. Quais grupos da administração municipal participaram mais intensivamente na iniciativa?
10. Qual é a importância da participação dos Conselhos Regionais Urbanos na definição e no desenvolvimento da iniciativa?
11. Como foi pensada a questão da sustentabilidade da iniciativa? E para a segunda fase? Quais estratégias foram utilizadas?

ROTEIRO DE ENTREVISTA 4 – GRUPO FOCAL
--

Prezado(a) Senhor(a),

A cidade de Campo Grande nas duas últimas administrações municipais vem adotando iniciativas relacionadas ao tema desta pesquisa: **Atuação sobre os Determinantes Sociais da Saúde em uma iniciativa de Campo Grande-MS: Projeto Viva Seu Bairro**. Esta pesquisa pretende estudar a iniciativa desenvolvida em Campo Grande no período de 2001 a 2004, denominada Projeto Viva seu Bairro, deflagrada pelo setor saúde, a partir de um levantamento das áreas de maior risco da cidade, realizado pela equipe de saúde da família. O levantamento subsidiou o planejamento do projeto e mobilizou atores sociais na busca por recursos para a sua execução. O objetivo da pesquisa é conhecer a relação entre o PVSB e os determinantes sociais da saúde, bem como identificar a presença da participação social e da intersetorialidade nas ações desenvolvidas. O conhecimento produzido pela pesquisa poderá auxiliar na elaboração de outras iniciativas de promoção da saúde. Este projeto de pesquisa, seus métodos e seus instrumentos de coleta de dados foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública, e foram aprovados segundo as normas previstas para a pesquisa com seres humanos pela Resolução CNS 196/96 e demais regulações específicas. Esta dinâmica objetiva coletar dados para subsidiá-la. Apresento-lhe o Termo de Consentimento, pois caso aceite participar, será necessário sua assinatura. Há a necessidade de gravar as respostas de vocês. As recomendações éticas serão rigorosamente respeitadas.

1. Você conheceu o Projeto Viva seu Bairro? Como é que você soube dele? O que vocês conhecem dessa iniciativa?
2. Em sua opinião, qual era o objetivo dessa iniciativa?
3. As ações dessa iniciativa influenciavam as condições de saúde da população? Quais delas?
4. O Projeto Viva seu Bairro era tema de discussão nas reuniões dos Conselhos Regionais Urbanos?
5. Vocês, enquanto membros dos conselhos regionais urbanos, participaram do projeto? Como foi isto?
6. A iniciativa envolveu outros setores além da Prefeitura Municipal? Quais?
7. Na sua opinião, qual foi a importância da participação da população nesse projeto?
8. Quais obstáculos existiram no desenvolvimento da iniciativa? Como foram transpostos?
9. Quais foram os êxitos da iniciativa? Alguma diferença com outros projetos?
10. Na sua opinião, como o setor da saúde conseguiu reunir a administração municipal em torno do mesmo projeto? Qual a participação da saúde?
11. Você gostaria de dizer mais alguma coisa? Alguma sugestão?

Apêndice C – Sistematização dos resultados

CONTEXO ANALÍTICO DO PVSB			
Dimensões do PVSB	Entrevistas e grupos focais	Somente entrevistas	Somente grupos focais
Origem histórica do PVSB	<ul style="list-style-type: none"> – Origem do PVSB através da atuação do PACS/ importância da atuação do PACS no levantamento das áreas de necessidades. – Origem do projeto aliado ao momento de estruturação dos CRU. – CRU fortalecendo o PVSB - percepção de que começou lá. – Participação da população no planejamento do PVSB. – Alianças gestão – comunidade; levantamento de demandas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Decisão política do gestor pela ação integrada após planejamento e estudo conjunto entre as áreas da administração/decisão do prefeito de se trabalhar na cidade como um todo. – Organização e planejamento do PVSB. – Planejamento integrado da administração municipal. – Áreas de risco/PACS/PVSB. – Financiamento do PVSB. – Definição de gestão do projeto advinda do modelo da agência fomentadora. 	<ul style="list-style-type: none"> – Participação da representação da comunidade no levantamento das necessidades/importância desta participação. – PVSB instituído como forma de organização e planejamento da cidade. – Visão do setor saúde como destaque do PVSB.
Desenvolvimento das ações do PVSB	<ul style="list-style-type: none"> – Geração de renda incubadoras/geração de renda. 	<ul style="list-style-type: none"> – Motivação para trabalhar em um projeto novo e único. – Reuniões de planejamento e programação para delineamento de ação programática integrada/matricial. – Percepção da diferença de um projeto integrado. – PVSB favorecendo mudanças incipientes de práticas na administração municipal. – Consultoria/avaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> – Resultados do PVSB na área de capacitação de mão de obra, emprego.

Continua

Apêndice C – Sistematização dos resultados

Continuação

234

CONTEXO ANALÍTICO DO PVSB			
Dimensões do PVSB	Entrevistas e grupos focais	Somente entrevistas	Somente grupos focais
Resultados do PVSB	<ul style="list-style-type: none"> – Obras - construção do centro de educação infantil - Ceinf./ampliação dos Ceinf, construção de centro de múltiplo uso- CMU. – Campo de futebol, pista de cooper, quadra poliesportiva, ginásio poliesportivo, reforma e ampliação de escolas, biblioteca. – Reassentamento de famílias ribeirinhas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ações integradas/lazer/saúde/trânsito/ planejamento/educação. – Melhorias sanitárias. 	<ul style="list-style-type: none"> – Comunidade escola aberta. – Asfalto. – Habitação. – Regularização dos lotes. – Melhoria da região com valorização do mercado imobiliário. – Cursos de bordado, de crochê.
PARTICIPAÇÃO SOCIAL			
Dimensões do PVSB	Entrevistas e grupos focais	Somente entrevistas	Somente grupos focais
Importância da participação social	<ul style="list-style-type: none"> – Histórico da participação na cidade/CMDU/CRU. – Percepção da importância da participação nos CRU. – Processo organizado de discussão por conselhos - fóruns de participação. 		<ul style="list-style-type: none"> – Importância das lideranças comunitárias e também da participação da comunidade. – Importância da participação e dos programas e a transparência da aplicação dos recursos. – Satisfação no processo de fortalecimento dos CRU / voz e vez dos conselheiros.
Estímulo do poder público quanto à participação	<ul style="list-style-type: none"> – Processo de fortalecimento dos conselhos, apoiado pela gestão municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> – Disseminação da informação/cursos de capacitação. 	<ul style="list-style-type: none"> – Percepção da intenção do gestor no apoio aos conselhos. – Presença da administração municipal solicitando a representação.

Continua

Apêndice C – Sistematização dos resultados

Continuação

PARTICIPAÇÃO SOCIAL			
Dimensões do PVSB	Entrevistas e grupos focais	Somente entrevistas	Somente grupos focais
Fragilidades quanto à participação	<ul style="list-style-type: none"> – Sustentabilidade como continuidade em outros projetos decorrentes do PVSB. – Processos de mudanças de gestão interferem na sustentabilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> – Barreiras para institucionalização do CRU. – Sustentabilidade ligada ao fortalecimento da comunidade. – Sustentabilidade relacionada à responsabilidade da população. – Diferenças entre os bairros quanto à participação. – Percepção de que não houve ruptura devido à mudança de gestão. – Falta de financiamento interferiu na sustentabilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> – Dimensões da participação/formação e capacitação dos conselheiros. – Falta de informação. – Desafios do processo de participação: produção, organização e acesso pleno da informação. – Reconhecimento da importância de se preparar para as discussões. – Legislativo versus lideranças comunitárias. – Falta de participação da comunidade. – Visão da distância entre comunidade e legislativo. – Descrença no processo participativo/evasão de lideranças. – Dificuldades na atuação de conselheiro. – Perspectiva da população no atendimento de suas necessidades/demora/incômodo da liderança junto à comunidade. – Descrença no processo / evasão de lideranças. – Despreparo quanto à formação política

Continua

Apêndice C – Sistematização dos resultados

Continuação

236

PARTICIPAÇÃO SOCIAL			
Dimensões do PVSB	Entrevistas e grupos focais	Somente entrevistas	Somente grupos focais
			<ul style="list-style-type: none"> – Ação concreta de formação política de conselheiros, advindo das principais lideranças. – Insatisfação do conselheiro nas solicitações não atendidas / insatisfação do conselheiro na atuação do legislativo. – PVSB e Comunidade Viva como a mesma experiência. – Percepção de integração entre Comunidade Viva e PVSB - entendimento de uma só ação com mudança de nome.
Formas de participação	<ul style="list-style-type: none"> – A participação social como possibilidade de percepção da saúde por uma ótica ampliada/resgate da cidadania das pessoas. 		<ul style="list-style-type: none"> – Formação em espiral de participação. – Formação de redes sociais /mobilização comunitária/ importância da organização das comunidades. – Fortalecimento comunitário por meio do conhecimento/rede de apoio. – Espírito de grupalidade, dentro da participação social, consciência política e pública, consegue pensar administrativamente e pensa na coletividade, sai do discurso individual para o coletivo – sujeito público. – Percepção do trabalho da liderança como voluntariado. – Percepção do voluntariado do conselho

Continua

Apêndice C – Sistematização dos resultados

Continuação

INTERSETORIALIDADE			
Dimensões do PVSB	Entrevistas e grupos focais	Somente entrevistas	Somente grupos focais
Busca pela ação intersectorial no PVSB	<ul style="list-style-type: none"> – Ações integradas no PVSB. – Resultados do PVSB, como ação integrada de vários setores, em vários bairros: ações de lazer, asfalto, saúde, habitação, reassentamento das famílias ribeirinhas. 		
Alianças/ parcerias	<ul style="list-style-type: none"> – Parcerias com outros organismos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Relato de uma ação de parceria com a comunidade. – Aliança com associação de moradores. – Parcerias com as universidades. 	
Barreiras/ dificuldades		<ul style="list-style-type: none"> – Barreiras enfrentadas com a união em torno de uma missão em comum. – Barreiras/desintegração dos setores da administração/falta de integração. – Barreiras dentro da administração para implementar ações integradas. – Mudanças de práticas a longo prazo. 	

Continua

Apêndice C – Sistematização dos resultados

Continuação

ENFOQUE DOS DSS NO PVSB			
Dimensões do PVSB	Entrevistas e grupos focais	Somente entrevistas	Somente grupos focais
Promoção da saúde e qualidade de vida	<ul style="list-style-type: none"> – Percepção ampliada da saúde - promoção da saúde. – A percepção de mudança após a intervenção na perspectiva de melhoria da qualidade de vida. – Qualidade de vida relacionada à atuação sobre os fatores relacionados a: emprego, serviços de saúde, renda, lazer, habitação, ecossistema saudável. 	<ul style="list-style-type: none"> – Importância da participação da população no controle ambiental e na promoção da saúde. – PVSB e a possibilidade de exercício da cidadania. 	<ul style="list-style-type: none"> – Qualidade de vida relacionada a autoestima das pessoas. – Importância do fortalecimento dos processos participativos.

ANEXOS

Anexo A – Autorizações para a realização da pesquisa

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Declaramos estar de acordo com a realização, nesta Prefeitura Municipal, do projeto de pesquisa "Promoção da saúde e determinantes sociais: análise de iniciativas em Campo Grande/MS", cuja pesquisadora responsável é Crhistinne Cavalheiro Maymone Gonçalves, discente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Campo Grande/MS, 22 de março de 2007.

Wilson Cabral Tavares
Secretário Municipal de Governo

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Of.COEP/ 100 /07

Protocolo 1674

Projeto de Pesquisa PROMOÇÃO DA SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE:
ANÁLISE DE INICIATIVAS EM CAMPO GRANDE - MS

Pesquisador(a) Crhistinne Cavalheiro Maymone Gonçalves

04 de junho de 2007.

Prezado(a) Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP **analisou**, em sua 4.^a/07 Sessão Ordinária, realizada em 01/06/2007, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, o **protocolo** de pesquisa acima intitulado, e o considerou **APROVADO**.

Lembramos, ainda, que conforme Resolução CNS/196/96 são deveres do(a) pesquisador(a):

1. Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;
2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria;
3. Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto;
4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais;
5. Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone
Professor Associado

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – FSP/COEP

Ilm.^a Sr.^a
Prof.^a Dr.^a **Cláudia Maria Bógus**
Departamento de Prática de Saúde Pública

ANEXO B – Quadro com os principais problemas da cidade.

Quadro 5 - Principais problemas da cidade no início da intervenção, descritos por região urbana/área de risco. Campo Grande, 2004.

Região urbana/área de risco	Bairros integrantes	Principais problemas
Anhanduizinho/ Centro-Oeste	Centro-Oeste, Sumatra, Los Angeles, Uirapuru, Campo Nobre, Bálsamo, Canguru, Macaúbas, Colorado, Pênfigo, Marajoara, Lageado, Jardim das Meninas, Parque do Sol, Centenário, Dom Antonio Barbosa, Mário Covas, Vespasiano Martins, Paulo Coelho Machado, Jardim Manaira, Residencial Ouro Preto, Residencial Bela Vista, Morada do Sol.	1.900 famílias sem água tratada; 605 famílias sem coleta de lixo, 156 famílias sem instalação sanitária, presença de aterro de lixo controlado, presença de catadores, 694 famílias com moradia precária, 1.136 crianças fora da sala de aula; 1.677 adultos e jovens analfabetos, DST, alcoolismo, dependência química, diabetes, hipertensão arterial.
Lagoa/ São Conrado	São Conrado, Santa Emília, Buriti, Interpraia, Favelas: São Conrado, Buriti, Bom Jardim, Major Juarez, Residencial Flores, Residencial Oliveira II, Residencial União II.	651 famílias sem água tratada; 141 famílias sem coleta de lixo, 106 famílias sem instalação sanitária, contaminação de lençol freático, 124 famílias com moradia precária, 159 crianças fora da sala de aula; 509 adultos e jovens analfabetos, DST, alcoolismo, dependência química, gravidez na adolescência.
Imbirussu/ Popular	Popular, Sayonara, Zé Pereira, Búzios, Bellinate, Aeroporto I e II, Pantanal. Favelas: Pulo do Sapo, das Competições e Aeroporto, Jardim Itália, Santa Mônica, Recanto dos Pássaros, Panamá, Ana Maria do Couto.	4.077 famílias sem água tratada; 115 famílias sem coleta de lixo, 167 famílias sem instalação sanitária, contaminação de lençol freático, despejo de dejetos, acúmulo de lixo, inundações, 57 famílias com moradia precária, 205 crianças fora da sala de aula; 656 adultos e jovens analfabetos, DST, alcoolismo, dependência química, desnutrição, diabetes, diarreia, doenças respiratórias, gravidez na adolescência, hipertensão arterial e verminose.

Continua

Quadro 5 - Principais problemas da cidade no início da intervenção, descritos por região urbana/área de risco. Campo Grande, 2004.

Continuação

Região urbana/área de risco	Bairros integrantes	Principais problemas
Segredo/ Nova Lima	Favela São Pedro, Campo Verde, Nova Lima, Anache, Colúmbia, Vida Nova I, II e III.	95 famílias sem coleta de lixo, 664 famílias sem instalação sanitária, 45 famílias com moradia precária, 114 crianças fora da sala de aula; 268 adultos e jovens analfabetos, DST, diabetes, hipertensão arterial.
Prosa/ Veraneio	Veraneio, Futurista, Bosque do Carvalho, Danúbio Azul, Estrela Dalva I, II e III, Bosque da Esperança, Mata do Jacinto, Novo Alagoas, Novo Sergipe, Novo Maranhão, Novo Rio Grande do Sul, Novo Pernambuco, Novo Paraná, Novo Minas Gerais, Novo Amazonas, Nova Bahia, Montevideu, Taquaral Bosque.	66 famílias sem água tratada; 648 famílias sem coleta de lixo, 116 famílias sem instalação sanitária, acúmulo de lixo, 265 famílias com moradia precária, 57 crianças fora da sala de aula; 194 adultos e jovens analfabetos, DST, diabetes, hipertensão arterial.
Bandeira/ Itamaracá	Itamaracá, Pacaembu, Campo Alto, Moema, Campina Verde, Rita Vieira, Lagoa Dourada, Cristo Redentor, Anhanguera, Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, Morumbi.	190 famílias sem água tratada; 63 famílias sem coleta de lixo, 26 famílias sem instalação sanitária, animais soltos na rua, criação clandestina de porcos, 81 famílias com moradia precária, 181 crianças fora da sala de aula; 402 adultos e jovens analfabetos, DST, diarreia, doenças de veiculação hídrica, hepatite, problemas respiratórios.

Fonte: CAMPO GRANDE, 2004a, p. 13.

Anexo C – Resultados do PVSB

Quadro 6 - Sistematização do PVSB na região urbana Anhanduizinho; área: Centro-Oeste. Campo Grande, 2009.

Intervenções	Meta prevista inicial	Meta alcançada em setembro de 2004	Local
Componente: desenvolvimento urbano			
Subcomponente: moradia			
Construções de habitações populares	787 casas construídas	Total	*Mario Covas *Paulo Coelho Machado
Regularização fundiária	57 moradias regularizadas	Total	*Los Angeles *Macaúbas
Reassentamento de famílias das áreas insalubres	175 famílias reassentadas	Total	*Morada do Sol *Colibri II
Melhorias habitacionais	97 habitações melhoradas	Concluído	*Los Angeles *Marajoara *Macaúbas *Jardim das Meninas *Parque do Sol *Dom Antônio Barbosa
Construção de habitação para idoso	25 casas - Meu Cantinho	5 concluídas, 20 a ser concluídas até dezembro de 2004	
Subcomponente: obras viárias e saneamento básico			
Obras viárias	Pavimentar 291.184 m² Implantar drenagem em 18.431m	287.029 m² concluídos 18.431 m de drenagem implantadas	Linha de ônibus: *Lageado/ Vespasiano Martins *Los Angeles/Uirapuru/Meninas *Canguru/Colibri *Acesso Los Angeles *Centro- Oeste/Marajoara *Los Angeles/ Uirapuru/Macaúbas *Sumatra/Morada do Sol *Pênfigo/ Parque do Sol Vias: Guaicurus, Cafezais

Continua

Quadro 6 - Sistematização do PVSB na região urbana Anhanduizinho; área: Centro-Oeste. Campo Grande, 2009.

Continuação

Intervenções	Meta prevista inicial	Meta alcançada em setembro de 2004	Local
Componente: desenvolvimento urbano			
Subcomponente: obras viárias e saneamento básico			
Sinalização Viária	Instalar sinalização horizontal e vertical nas vias pavimentadas	Total	Linha de ônibus: *Lageado/ Vespasiano Martins *Los Angeles/Uirapuru/Meninas *Canguru/Colibri *Acesso Los Angeles *Centro- Oeste/Marajoara *Los Angeles/ Uirapuru/Macaúbas *Sumatra/Morada do Sol *Pênfigo/ Parque do Sol Vias: Guaicurus, Cafezais
Abrigos de ônibus	Instalar 65 abrigos	Total	Toda a área
Calçadas	Implantar calçadas para facilitar acesso aos prédios públicos	Total	
Endereçamento das ruas	Implantar 1502 placas de identificação	Total	
Iluminação Pública	Implantar 990 luminárias	Total	
Saneamento básico	Implantar 2700 ligações de água	Total	*Canguru *Mário Covas *Paulo Coelho Machado
	Construção de reservatório	Total	Centro- Oeste
	Implantar 1305 ligações de esgoto	Total	*Mário Covas *Paulo Coelho Machado
	Implantar ETE	Total	Mário Covas
Instalação de módulos e melhorias sanitárias	2342 módulos/melhorias	Total	Toda a área
Oficina de Saneamento	Construção com 206 m²	Total	Parque do Sol

Continua

Quadro 6 - Sistematização do PVSB na região urbana Anhanduizinho; área: Centro-Oeste. Campo Grande, 2009

Continuação

Intervenções	Meta prevista inicial	Meta alcançada em setembro de 2004	Local
Componente: desenvolvimento urbano			
Subcomponente: ampliação e construção de equipamentos públicos e comunitários			
Esporte e Lazer	Implantar 8 campos de futebol	Total	*Campo Nobre *Centenário *Dom Antonio Barbosa *Canguru *Jardim das Meninas *Marajoara *Pênfigo *Vespasiano Martins
	Implantar 1 Ginásio Poliesportivo	Total	*Canguru
	Implantar 3 quadras poliesportivas	Total	*Centenário *Marajoara *Lageado/Dom Antonio Barbosa
Saúde	Construir e equipar 2 UBS	Total	*Parque do Sol *Mário Covas
Educação	Construir 2 escolas	Total	*Canguru
	Ampliar 5 escolas	Total	*Pênfigo
Assistência Social	Construir 2 CEINF	Total	*Canguru *Parque do Sol
	Ampliação de 4 CEINF/CEMA	Total	*Uirapuru *Jardim das Meninas *Lageado *Los Angeles
	Construir 1 CMU	Total	*Canguru

Continua

Quadro 6 - Sistematização do PVSB na região urbana de Anhanduizinho; área: Centro-Oeste. Campo Grande, 2009

Continuação

Intervenções	Meta prevista inicial	Meta alcançada em setembro de 2004	Local
Componente: desenvolvimento social			
Subcomponente: ações sociais			
Atividades esportivas	Implantar 8 escolinhas de futebol	total	Toda a área
	Realizar 3 eventos de lazer	total	
	Realizar 8 torneios	total	
Atividades culturais	Realizar 14 oficinas de teatro	total	
Alfabetização de adultos	Atender 928 vagas para a alfabetização de adultos	total	
Ações em parceria com as universidades	Atender 2.300 Pessoas	total	
Atendimento ao adolescente	Atender 100 agentes jovens	total	
Atendimento à criança	Implantar 1 brinquedoteca itinerante	total	
Atendimento à saúde	Ampliar o atendimento à população	total	
Educação para o trânsito	Atender 6.200 pessoas com ações educativas sobre o trânsito	total	
Educação ambiental	Realizar ações de educação ambiental	Total	
Subcomponente: geração de renda			
Incubadora de pequenas empresas	Construir 960 m²	total	*Mário Covas
Pólo empresarial	Implantar 22.500 m²	total	*Paulo Coelho Machado
Construção da fábrica da gente	Construir 300 m²	total	*Macaúbas
Capacitação profissional	Disponibilizar 1.292 vagas nos cursos	total	

Fonte: CAMPO GRANDE, 2004a.

Quadro 7 - Sistematização do PVSB na região urbana Bandeira; área: Itamaracá. Campo Grande, 2009.

Intervenções	Meta prevista inicial	Meta alcançada em setembro de 2004	Local
Componente: desenvolvimento urbano			
Subcomponente: moradia			
Regularização Fundiária	53 moradias regularizadas	total	*Campo Alto *Campina Verde
Reassentamento de famílias das áreas insalubres	16 famílias reassentadas	total	*Campina Verde/Indianópolis
Melhorias habitacionais	27 habitações melhoradas	total	*Ananguera *Campina Verde *Cristo Redentor *Lagoa Dourada
Construção de habitação para idoso	15 casas – Meu Cantinho	total	
Subcomponente: obras viárias e saneamento básico			
Obras viárias	Pavimentar 47.082 m ² Implantar drenagem em 1.875 m	Inserido 18.000 m ² , em execução	Vias de ligação: *Três Barras/Guaicurus *Três Barras
Sinalização Viária	Instalar sinalização horizontal e vertical nas vias pavimentadas	total	
Abrigos de ônibus	Instalar 34 abrigos	total	
Calçadas	Implantar calçadas para facilitar acesso aos prédios públicos	total	*Toda a área
Endereçamento das ruas	Implantar 1.666 placas de identificação nas ruas	total	
Iluminação Pública	Implantar 632 luminárias	total	
Instalação de módulos e melhorias sanitárias	657 módulos/melhorias	total	

Continua

Quadro 7 - Sistematização do PVSB na região urbana Bandeira; área: Itamaracá. Campo Grande, 2009.

Continuação

Intervenções	Meta prevista inicial	Meta alcançada em setembro de 2004	Local
Componente: desenvolvimento urbano			
Subcomponente: ampliação e construção de equipamentos públicos e comunitários			
Esporte e Lazer	Implantar 2 campos de futebol	2 concluídos e mais 1 em execução	*Itamaracá *Pacaembu *Cristo Redentor
	Implantar 1 Ginásio Poliesportivo	Total	*Moema
	Implantar 1 Quadra Poliesportiva	Total	*Itamaracá
Saúde	Construir e equipar 1 UBS	Total	
Educação	Construir 1 biblioteca	Total	
	Construir 1 ginásio poliesportivo coberto	Total	*Moema/Perdizes
Assistência Social	Construir 1 CMU/CEINF	Total	
	Ampliação de 2 CEINF	Total	*Itamaracá *Campina Verde
Componente: desenvolvimento social			
Subcomponente: ações sociais			
Atividades esportivas	Implantar 2 escolinhas de futebol	Total	*Toda a área
	Realizar 3 eventos de lazer	Total	
	Realizar 2 torneios	Total	
Atividades culturais	Realizar 14 oficinas de teatro	Total	
Alfabetização de adultos	Atender 172 vagas para a alfabetização de adultos	Total	
Ações em parceria com as universidades	Atender 920 Pessoas	Total	

Continua

Quadro 7 - Sistematização do PVSB na região urbana Bandeira; área: Itamaracá. Campo Grande, 2009.

Continuação

Intervenções	Meta prevista inicial	Meta alcançada em setembro de 2004	Local
Componente: desenvolvimento social			
Subcomponente: ações sociais			
Atendimento ao adolescente	Atender 100 Agentes Jovens	Total	
Atendimento à criança	Implantar 1 brinquedoteca itinerante	Total	
Atendimento à saúde	Ampliar o atendimento à população	Total	
Educação de trânsito	Atender 1.277 pessoas com ações educativas sobre o trânsito	Total	
Educação ambiental	Realizar ações de educação ambiental	Total	
Subcomponente: geração de renda			
Construção da fábrica da gente	Construir 300 m²	Total	*Pacaembu
Capacitação profissional e geração de renda	Disponibilizar 483 vagas nos cursos	Total	*Toda a área

Fonte: CAMPO GRANDE, 2004a.

Quadro 8 - Sistematização do PVSB na região urbana Imbirussu; área: Popular. Campo Grande, 2009.

Intervenções	Meta prevista inicial	Meta alcançada em setembro de 2004	Local
Componente: desenvolvimento urbano			
Subcomponente: moradia			
Construção de habitação para idoso	8 casas	Total	
Subcomponente: obras viárias e saneamento básico			
Pavimentação asfáltica	Pavimentar 92.500 m ²	Total	*Bairros: *Sayonara *Silvia Regina *Jardim das Reginas **Vias de transporte coletivo: *Aeroporto e Búzios *Aeroporto e Itália
Drenagem	Executar 5.183 m	Total	
Sinalização Viária	Instalar sinalização horizontal e vertical nas vias pavimentadas	Total	
Abrigos de ônibus	Instalar 11 abrigos	Total	
Calçadas	Implantar calçadas para facilitar acesso aos prédios públicos	Total	*Toda a área
Endereçamento das ruas	Implantar 1.514 placas de identificação nas ruas	Total	
Iluminação Pública	Implantar 985 luminárias	Total	
Saneamento Básico	Implantar 1.452 ligações de água	Total	
	Implantar rede de coleta de esgoto e 225 ligações	Total	
	Implantar Estação de Tratamento de Esgoto	Total	
Instalação de módulos e melhorias sanitárias	897 módulos/melhorias	Em execução a concluir até outubro de 2004	

Continua

Quadro 8 - Sistematização do PVSB na região urbana Imbirussu; área: Popular. Campo Grande, 2009.

Continuação

Intervenções	Meta prevista inicial	Meta alcançada em setembro de 2004	Local
Componente: desenvolvimento urbano			
Subcomponente: ampliação e construção de equipamentos públicos e comunitários			
Esporte e Lazer	Implantar 3 campos de futebol	2 concluídos e 1 a ser concluído até outubro de 2004	*Búzios *Zé Pereira *Aeroporto
	Implantar 1 Ginásio Poliesportivo	Total	*Aeroporto
	Implantar 1 Quadra Poliesportiva	Total	*Ana Maria do Couto
Educação	Ampliar 2 escolas	Total	*Popular
Assistência Social	Ampliar 1 Centro de Educação Infantil num total de 206 m ²	Total	*Sayonara
	Construir 1 Centro de Múltiplo Uso com 556 m ²	Total	*Aeroporto
Componente: desenvolvimento social			
Subcomponente: ações sociais			
Atividades esportivas	Implantar 3 escolinhas de futebol	Total	*Zé Pereira *Aeroporto *Sayonara
	Realizar 2 eventos de lazer	Total	*Popular *Aeroporto
	Realizar 3 torneios	Total	
Atividades culturais	Realizar 14 oficinas de teatro	Total	*Zé Pereira *Aeroporto *Sayonara *Popular *Silvia Regina *Búzios

Continua

Quadro 8 - Sistematização do PVSB na região urbana Imbirussu; área: Popular. Campo Grande, 2009

Continuação

Intervenções	Meta prevista inicial	Meta alcançada em setembro de 2004	Local
Componente: desenvolvimento social			
Subcomponente: ações sociais			
Alfabetização de adultos	Atender 582 vagas para alfabetização de adultos	Total	*Toda a área
Ações em parceria com as universidades	Atender 391 Pessoas	Total	
Atendimento à saúde	Ampliar o atendimento à população	Total	
Educação para o trânsito	Atender 3.156 pessoas com ações educativas sobre o trânsito	Total	
Educação ambiental	Realizar ações de educação ambiental	Total	
Subcomponente: geração de renda			
Incubadora de pequenas empresas	Construção de 965 m²	Total	*Zé Pereira
Capacitação profissional e geração de renda	Ofertar 750 vagas para qualificação profissional	Total	*Toda a área

Fonte: CAMPO GRANDE, 2004a.

Quadro 9 - Sistematização do PVSB na região urbana Lagoa; área: São Conrado. Campo Grande, 2009.

Intervenções	Meta prevista inicial	Meta alcançada em setembro de 2004	Local
Componente: desenvolvimento urbano			
Subcomponente: moradia			
Regularização Fundiária	303 moradias regularizadas	Em execução	*Buriti *São Conrado *Major Juarez
Reassentamento de famílias das áreas insalubres	350 famílias reassentadas	Total	*Buriti *São Conrado *Bom Jardim *Major Juarez
Melhorias habitacionais	203 habitações melhoradas	110 habitações precárias atendidas	*Interpraia
Construção de habitação para idoso	5 casas – Meu Cantinho	Total	
Subcomponente: obras viárias e saneamento básico			
Obras viárias	Pavimentar 109.953 m ² Implantar drenagem em 9.868 m	Inserida a linha de ônibus do Residencial Flores, em execução	Linha de ônibus: *Bom Jardim Vias: *Leão Zardo *Antonio Bandeira *Praia Grande *Manoel J. Moraes
Sinalização Viária	Instalar sinalização horizontal e vertical nas vias pavimentadas	Total	Linha de ônibus: *Bom Jardim Vias: *Leão Zardo *Antonio Bandeira *Praia Grande *Manoel J. Moraes

Continua

Quadro 9 - Sistematização do PVSb na região urbana Lagoa; área: São Conrado. Campo Grande, 2009.

Continuação

Intervenções	Meta prevista inicial	Meta alcançada em setembro de 2004	Local
Componente: desenvolvimento urbano			
Subcomponente: obras viárias e saneamento básico			
Abrigos de ônibus	Instalar 6 abrigos	Total	*Toda a área
Calçadas	Implantar calçadas para facilitar acesso aos prédios públicos	Total	
Endereçamento das ruas	Implantar 619 placas de identificação nas ruas	Total	
Iluminação Pública	Implantar 985 luminárias	Total	
Saneamento Básico	Implantar 800 ligações de água	Total	
	Implantar 1230m de interceptor de esgoto	Total	*Santa Emília
	Implantar ETE	Total	
Instalação de módulos e melhorias sanitárias	538 módulos/melhorias	Total	*Toda a área
Recuperação de área degradada junto aos córregos Buriti e Lagoa		Total	
Subcomponente: ampliação e construção de equipamentos públicos e comunitários			
Esporte e Lazer	Implantar 5 campos de futebol	Total	*São Conrado *Santa Emília *Interpraia *Buriti *Oliveira III
	Implantar 1 Ginásio Poliesportivo	Total	*São Conrado
	Implantar 1 Quadra Poliesportiva	Total	*Santa Emília
	Implantar área de lazer no parque linear com 7.000 m ²	Total	*São Conrado
Educação	Reformar e ampliar 2.103 m ² de escola	Total	*Santa Emília
Assistência Social	Construir 1 Centro comunitário	Total	*São Conrado
	Construir 1 CEINF	Total	*Santa Emília
	Construir 1 CMU	Total	*São Conrado

Continua

Quadro 9 - Sistematização do PVSb na região urbana Lagoa; área: São Conrado. Campo Grande, 2009.

Continuação

Intervenções	Meta prevista inicial	Meta alcançada em setembro de 2004	Local
Componente: desenvolvimento urbano			
Subcomponente: ampliação e construção de equipamentos públicos e comunitários			
Educação	Reformar e ampliar 2.103 m² de escola	Total	*Santa Emília
Assistência Social	Construir 1 Centro comunitário	Total	*São Conrado
	Construir 1 CEINF	Total	*Santa Emília
	Construir 1 CMU	Total	*São Conrado
Componente: desenvolvimento social			
Subcomponente: ações sociais			
Atividades esportivas	Implantar 4 escolinhas de futebol	Total	*Toda a área
	Realizar 2 eventos de lazer	Total	
	Realizar 5 torneios	Total	
Atividades culturais	Realizar 14 oficinas de teatro	Total	
Alfabetização de adultos	Atender 524 vagas para a alfabetização de adultos	Total	
Ações em parceria com as universidades	Atender 1.224 pessoas	Total	
Atendimento ao adolescente	Atender 50 Agentes Jovens	Total	
Atendimento à criança	Implantar 1 brinquedoteca itinerante	Total	
Atendimento à saúde	Ampliar o atendimento à população	Total	
Educação para o trânsito	Atender 1.845 pessoas com ações educativas sobre o trânsito	Total	
Educação ambiental	Realizar ações de educação ambiental	Total	
Subcomponente: geração de renda			
Incubadora de pequenas empresas	Construir 964m²	Total	*Santa Emília
Construção da fábrica da gente	Construir 300 m²	Total	*São Conrado
Capacitação profissional e geração de renda	Disponibilizar 579 vagas nos cursos	Total	

Fonte: CAMPO GRANDE, 2004a.

Quadro 10 - Sistematização do PVSb na região urbana Prosa; área: Veraneio. Campo Grande, 2009.

Intervenções	Meta prevista inicial	Meta alcançada em setembro de 2004	Local
Componente: desenvolvimento urbano			
Subcomponente: moradia			
Regularização Fundiária	1.029 moradias regularizadas	669 moradias regularizadas	*Futurista *Bosque da Esperança *Veraneio *Arco Íris
Construção de habitação para idoso	20 casas	Encontra em fase de acabamento até outubro de 2004	
Subcomponente: obras viárias e saneamento básico			
Obras viárias	Pavimentar 125.564 m ²	115.519 m ² executados	*Conjunto Estrela Dalva e vias de ligação
Sinalização Viária	Instalar sinalização horizontal e vertical nas vias pavimentadas	Total	
Abrigos de ônibus	Instalar 24 abrigos	Total	
Calçadas	Implantar calçadas para facilitar acesso aos prédios públicos	Total	*Toda a área
Endereçamento das ruas	Implantar 1.992 placas de identificação nas ruas	Total	
Iluminação Pública	Implantar 632 luminárias	Total	
Saneamento Básico	Implantar 400 ligações	Total	*Arco-íris *Jardim Tayana *Futurista
Instalação de módulos e melhorias sanitárias	1.316 módulos e melhorias	Total	*Veraneio *Taquaral Bosque *Arco-íris *Futurista *Danúbio Azul

Continua

Quadro 10 - Sistematização do PVSB na região urbana Prosa; área: Veraneio. Campo Grande, 2009.

Continuação

Intervenções	Meta prevista inicial	Meta alcançada em setembro de 2004	Local
Componente: desenvolvimento urbano			
Subcomponente: equipamentos comunitários			
Intervenções	Meta Prevista Inicial	Meta alcançada em Setembro de 2004	Local
Esporte e Lazer	Implantar 3 campos de futebol	2 concluídos 1 em outubro/2004	*Taquaral Bosque *Mata do Jacinto *Estrela Dalva
	Implantar 1 Ginásio Poliesportivo	Total	*Estrela Dalva
	Construir 1 quadra poliesportiva	Total	*Mata do Jacinto
Educação	Ampliar 2 escolas e construir 1 num total de 3.987m ²	Total	*Mata do Jacinto *Estrela Dalva *Novo Maranhão
Assistência Social	Construir 1 Centro de Educação Infantil e ampliar 1 num total de 713 m ²	Total	*Estrela Dalva *Estrela Dalva II
	Construir 1 Centro de Múltiplo Uso com 556 m ²	Total	*Estrela Dalva
Componente: desenvolvimento social			
Subcomponente: ações sociais			
Atividades esportivas	Implantar 3 escolinhas de futebol	Total	*Futurista *Estrela Dalva *Danúbio Azul
	Realizar 2 eventos de lazer	Total	*Estrela Dalva *Novo Maranhão
	Realizar 3 torneios	Total	
Atividades Culturais	Realizar 14 oficinas de teatro	Total	*Estrela Dalva *Novo Maranhão *Mata do Jacinto

Continua

Quadro 10 - Sistematização do PVSB na região urbana Prosa; área: Veraneio. Campo Grande, 2009.

Continuação

Intervenções	Meta prevista inicial	Meta alcançada em setembro de 2004	Local
Componente: desenvolvimento social			
Subcomponente: ações sociais			
Alfabetização de adultos	Atender 446 vagas para alfabetização de adultos	Total	*Estrela Dalva *Novo Maranhão *Mata do Jacinto
Ações em parceria com as universidades	Atender 650 pessoas	Total	*Toda a área
Atendimento à saúde	Atender 560 pessoas	Total	
Educação para o trânsito	Atender 3.763 pessoas com ações educativas sobre o Trânsito	Total	
Educação ambiental	Realizar ações de educação ambiental	Total	
Subcomponente: geração de renda			
Implantar 1 fábrica da gente	Construção de 300 m²	Total	*Estrela Dalva
Incubadora de pequenas empresas	Construção de 965 m²	Total	*Estrela Dalva
Capacitação profissional e geração de renda	Ofertar 631 vagas para a qualificação profissional	Total	*Veraneio *Taquaral Bosque *Arco-íris *Futurista *Danúbio Azul *Estrela Dalva *Novo Maranhão

Continua

Quadro 10 - Sistematização do PVSB na região urbana Prosa; área: Veraneio. Campo Grande, 2009.

Continuação

Intervenções	Meta prevista inicial	Meta alcançada em setembro de 2004	Local
Componente: desenvolvimento urbano			
Subcomponente: moradia			
Intervenções	Meta Prevista Inicial	Meta alcançada em Setembro de 2004	Local
Construção de habitações	101 casas construídas	Total	Vida Nova II
Regularização Fundiária	278 moradias regularizadas	Total	Campo Verde, Anache, Cristalido, Presidente
Melhorias habitacionais	7 habitações melhoradas	Total	Campo Verde
Construção de habitação para idoso	7 casas	Total	Campo Verde
Subcomponente: obras viárias e saneamento básico			
Obras viárias	Pavimentar 128.312 m ²	Total	Linha de ônibus: Vida Nova II; Columbia, Anache, Campo Belo, Talismã/Presidente Bairro: Campo Verde
Sinalização Viária	Instalar sinalização horizontal e vertical nas vias pavimentadas	Total	
Abrigos de ônibus	Instalar 18 abrigos	Total	
Calçadas	Implantar calçadas para facilitar acesso aos prédios públicos	Total	
Endereçamento das ruas	Implantar 769 placas de identificação	Total	
Iluminação Pública	Implantar 632 luminárias	Total	
Saneamento Básico	Implantar 4 poços artesianos	Total	Nova Lima Anache
Instalação de módulos e melhorias sanitárias	513 módulos/melhorias	Total	
Oficina de Saneamento	Construção com 206 m ²	Total	

Fonte: CAMPO GRANDE, 2004a.

Quadro 11 - Sistematização do PVSb na região urbana Segredo; área: Nova Lima. Campo Grande, 2009.

Intervenções	Meta prevista inicial	Meta alcançada em setembro de 2004	Local
Componente: desenvolvimento urbano			
Subcomponente: ampliação e construção de equipamentos públicos e comunitários			
Esporte e Lazer	Implantar 3 campos de futebol	2 concluídos 1 em outubro/2004	Vida Nova I e II, Columbia e Nova Lima
	Implantar 1 Ginásio Poliesportivo	Total	Vida Nova
Educação	Ampliar 4 escolas	Total	Nova Lima; Anache, Columbia, Presidente
Assistência Social	Construir 1 CEINF	Total	Nova Lima
	Construir 1 CMU	Total	Vida Nova
Componente: desenvolvimento social			
Subcomponente: ações sociais			
Atividades esportivas	Implantar 3 escolinhas de futebol	Total	Vida Nova I e II, Nova Lima; Anache, Columbia,
	Realizar 2 eventos de lazer	Total	Nova Lima; Anache,
	Realizar 3 torneios	Total	
Atividades culturais	Realizar 14 oficinas de teatro	Total	Vida Nova I e II, Nova Lima; Anache, Columbia
Alfabetização de adultos	Atender 284 vagas para a alfabetização de adultos	Total	
Ações em parceria com as universidades	Atender 400 pessoas	Total	

Continua

Quadro 11 - Sistematização do PVSb na região urbana Segredo; área: Nova Lima

Continuação

Intervenções	Meta prevista inicial	Meta alcançada em setembro de 2004	Local
Componente: desenvolvimento social			
Subcomponente: ações sociais			
Atendimento à saúde	Ampliar o atendimento à população	Total	
Educação para o trânsito	Atender 3.595 pessoas com ações educativas sobre o trânsito	Total	
Educação ambiental	Realizar ações de educação ambiental	Total	
Subcomponente: geração de renda			
Construção da fábrica da gente	300 m²	Total	Vida Nova I e II
Capacitação profissional e geração de renda	Ofertar 311 vagas para a qualificação profissional	Total	Vida Nova I e II, Nova Lima; Anache, Columbia

Fonte: CAMPO GRANDE, 2004a.

INFORMAÇÕES CURRICULARES

Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves

Doutoranda em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP, com a tese de doutoramento no exterior na WHO- EUROPE em Veneza, Itália e Mu Pomurje, Eslovênia. Mestre em Desenvolvimento Local pela Universidade Católica (2003) e Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Atualmente Odontóloga auditora da Prefeitura Municipal de Campo Grande e pesquisa temas Promoção da Saúde e Determinantes Sociais da Saúde. Tem experiência em Saúde Coletiva, com ênfase na gestão pública municipal, nos seguintes temas: / Promoção da Saúde, Políticas Públicas, Determinantes Sociais da Saúde, Cidades e Agenda 21, Sustentabilidade, Participação Social, Intersetorialidade e Regulação e (Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 05/01/2009

Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/8870088651921261>

**Certificado
pelo autor em
05/01/09**

Dados pessoais

Nome Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves

Nome em citações bibliográficas GONÇALVES, C. C. M.

Sexo Feminino

Endereço profissional Prefeitura Municipal de Campo Grande,
 rua treze de maio 1090
 Campo Grande, MS - Brasil
 Telefone: (067) 99847706
 URL da Homepage: <http://>

Formação acadêmica/Titulação

- 2006** Doutorado em andamento em DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA.
 Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
Título: Avaliação em Promoção da Saúde, Orientador: Claudia Maria Bogus
- 2000 - 2003** Mestrado em Mestrado Em Desenvolvimento Local.
 Universidade Católica Dom Bosco, UCDB, Brasil.
Título: Cidade Saudável-estratégia de Desenvolvimento Local em Campo G
Orientador: Regina Sueiro de Figueiredo.
Palavras-chave: Cidade Saudável; gestão pública local; políticas públicas; qua
Grande área: Ciências Sociais Aplicadas / Área: Administração / Subárea: Adm
Política e Planejamento Governamentais.
Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.
Sectores de atividade: Desenvolvimento Urbano; Cuidado à saúde das populaç
e gestão em saúde.
- 1992 - 1993** Especialização em Especialização Em Odontologia Em Saúde Coletiva.
 Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasil.
- 1984 - 1987** Graduação em Odontologia.
 Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, UFMS, Brasil.

Cláudia Maria Bógus

Cláudia Maria Bógus é pedagoga (Faculdade de Educação da USP, 1987), Mestre em Saúde Pública (1997) em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Participou do Programa de Formação em Saúde Internacional da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 2001. É Professora Doutora da Faculdade de Saúde Pública da USP desde 2004 e credenciada como orientadora de Mestrado e Doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da FSP/USP desde 2005. Atua na área de saúde pública com ênfase em promoção da saúde, educação em saúde, participação social e políticas públicas em saúde.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 17/12/2009

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/2777821546207314>

**Certificado
pelo autor em
17/12/09**

Dados pessoais

Nome Cláudia Maria Bógus

Nome em citações bibliográficas BÓGUS CM; BÓGUS C; BÓGUS, CLÁUDIA MARIA; Bógus, Cláudia Maria

Sexo Feminino

Endereço profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública
Av. Dr. Amaldo, 715
Cerqueira Cesar
01246-904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30617761 Fax: (11) 30833501
URL da Homepage: <http://www.usp.br/fsp>

Formação acadêmica/Titulação

- 1993 - 1997** Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: A formação política e o fortalecimento da participação popular em saúde: a experiência dos conselhos de saúde da zona leste de São Paulo, *Ano de Obtenção:* 1997.
Orientador: Marcia Faria Westphal.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.
Palavras-chave: conselhos de saúde; participação social; processo educativo.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública
Sectores de atividade: Saúde e Serviços Sociais.
- 1989 - 1992** Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Reforma sanitária e a Educação Continuada: a importância do investimento em saúde, *Ano de Obtenção:* 1992.
Orientador: Marcia Faria Westphal.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
Palavras-chave: educação em saúde; participação social; processo educativo.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública
Sectores de atividade: Saúde e Serviços Sociais.