



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Doutorado em Saúde Pública

JOSELMA CAVALCANTI CORDEIRO

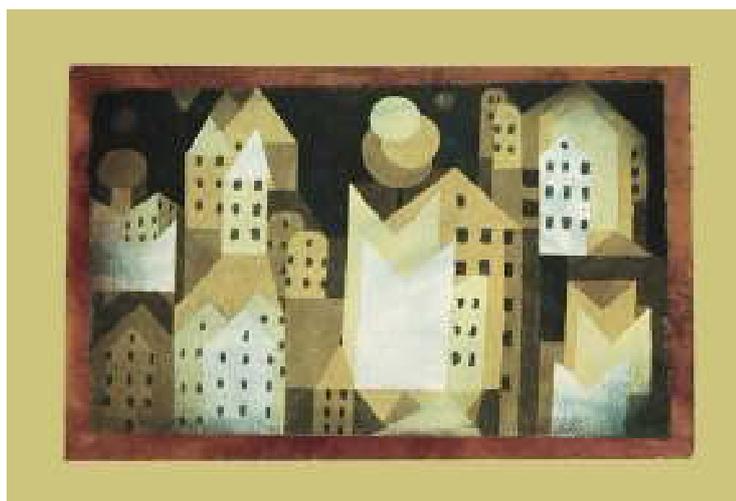
**A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE
CIDADES SAUDÁVEIS: UM ESTUDO DE CASO
NO RECIFE – PERNAMBUCO.**

RECIFE
2008

JOSELMA CAVALCANTI CORDEIRO

PROMOÇÃO DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE CIDADES SAUDÁVEIS:

Um Estudo de Caso no Recife – Pernambuco



Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz – CPqAM / FIOCRUZ / MS, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Ciências

Orientadores:

José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Jr.
Lia Giraldo da Silva Augusto

RECIFE
2008

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

C794p Cordeiro, Joselma Cavalcanti.

A Promoção da Saúde e a Estratégia de Cidades Saudáveis: um estudo de caso no Recife – Pernambuco/ Joselma Cavalcanti Cordeiro. – Recife: J. C. Cordeiro, 2008.

261f: il., tabs., quadros.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu, Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

Orientadores: Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior, Dr^a. Lia Giraldo da Silva Augusto.

1.Promoção da saúde. 2. Cidade saudável. 3. Ação intersetorial. 4. Participação cidadã. 5. Política de saúde. 6. Análise de Políticas. I. Araújo Júnior, José Luiz do Amaral Corrêa de II. Augusto, Lia Giraldo da Silva. III. Título.

CDU 614.44

Ilustração da capa: Paul Klee (1921) - Cold City (Kalte Stadt).

JOSELMA CAVALCANTI CORDEIRO

PROMOÇÃO DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE CIDADES SAUDÁVEIS:

um estudo de caso no Recife –Pernambuco.

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz – CPqAM / FIOCRZ / MS, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Ciências

Aprovada em: 30/07/2008

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Ronice Franco de Sá.
Universidade Federal de Pernambuco

Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra-da-Fonseca
Instituto Papanicolaou

Dr^a. Idê Gomes Dantas Gurgel
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães- CPqAM/Fiocruz

Dr^a Eduarda Ângela Pessoa Cesse (suplente)
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães- CPqAM/Fiocruz

Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Junior
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães- CPqAM/Fiocruz

Dr^a. Lia Giraldo da Silva Augusto
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães- CPqAM/Fiocruz

À minha mãe *Elizete*, pelo *amor, generosidade, alegria e criatividade* com que continua a compartilhar a vida, nos ensinando a viver sempre melhor.

AGRADECIMENTOS

Ao término deste percurso, pensar em todos os apoios recebidos compromete todo o propósito acadêmico de um trabalho individual – tendo em vista que a pergunta norteadora desta tese, inicialmente proposta pela autora, revela na construção da trama de cada linha, o quanto de sonho de um conjunto de atores em ação, de forma semelhante a uma cidade se inventou...

Meu especial agradecimento a todas as pessoas que colaboraram para esta pesquisa:

Ao *Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco*, do qual a autora é membro efetivo, pelo respeito ao direito de poder realizar o curso de Doutorado cuja tese é produto parcial, e a todos os professores, colegas de trabalho, pelo apoio e continuidade, no fazer diário, durante o nosso afastamento.

A José Luiz, pela aceitação inicial do trabalho; a Tomás, pelo intermediário direcionamento criativo, e a Lia pelo suporte final; e a todos três por acolherem e acreditarem na possibilidade dessa construção.

Aos professores/as e funcionários/as do NESC/AGGEU – Lia, Zé Luiz, Eduardo, Eduarda, Ide, Wayner, Rejane, Antônio Mendes, Paulette, André, Luiza, Ricardo, Evânia Galindo, Fabiana, Nilda, Alessandro, Janice, Deise, Paulo, Rivaldete, Joselice, Nalva, Sara e aos demais que não foram citados, pelo reencontro e acolhimento.

Aos meus companheiros da turma do Doutorado (2004-2008), por partilharem, sofrerem e desfrutarem da construção da aprendizagem, na diversidade das abordagens qualitativas e quantitativas.

À Capes, pelo apoio financeiro desprendido para a realização do estágio de Doutorando, no exterior – PDDE, que nos possibilitou compartilhar com o Departamento de Sociologia II da Universidade Complutense de Madri, na figura do Professor Tomás Rodrigues Villasante, pelo acolhimento, prontidão e generosidade no partilhar dos seus saberes-fazer, além da casa e amigos, pelo estímulo em todos os momentos de transtorno que todos os que emigram passam; como também aos Professores Pedro Martín e Dolores Hernández (Loli), pelo interesse em comigo discutirem pontos importantes de minha pesquisa, além do compartilhamento *das classes*.

Aos alunos do *Máster en Investigación Participativa* por compartilharmos saberes, o espanhol, o português e o *portuñol* e, especialmente, a Alicia, amiga, irmã salvadorenha com quem vivenciei uma imensa identificação.

Aos amigos de encontro além mar, e aos da terrinha que lá reencontrei, anjos-protetores em terras de Cervantes: Duval (o primeiro), Paulo Camaroti, Juliana, Mayana, Regininha, Jorge, Cecília, Eduardo, Lucinha, Scott, Zênia, Catarina, Henrique, Luisa, Chico, Chiquinho, Carol, Carmen Perez e Pablito, seus familiares e amigos que partilhei, Celso, Carmen *Algodon Liger* e Maria (a espanhola mais brasileira que já conheci).

Aos entrevistados, companheiros de luta e outros desconhecidos, mas conterrâneos e viventes da mesma cidade querida que compartilhamos.

Aos amigos *especialmente* especiais, Ângela, Luisa, Luci, Carmita, Egna, Djalma, Luiz Oscar, Bernadete, Pedro, Sergio, Magali, Lucinha, Erlene, Alexandre, Marise, cada um sabe o porquê do agradecimento.

Aos componentes da Banca – pela grande oportunidade de aprendizagem e compartilhamento de saber – Jorge Lyra, Ronice Franco, Ide Gurgel, Constança Barbosa, Luci Praciano e Eduarda Cesse, meu sincero e imenso agradecimento; e a Paulo Henrique, “o que era e que não foi”, pelo que já contribuiu e ainda, certamente, contribuirá.

Ao *Movimento dos Quase Doutores* (MQD)... Jorge, Mônica, Marcia – e incluímos os que Quase foram também, Dione, Fernando, e Juliana –, pelo aprendizado e compartilhamento das angústias e crenças nas nossas próprias forças.

A Jorge, em especial, pela grande aprendizagem nos princípios de solidariedade, organização, despreendimento e na partilha das alegrias e das tristezas, pelos encontros de além mar, *con vinos y tapas...*

A Elizabeth Carvalho, pelo zelo e competência com que me fez conhecer e rever todas as linhas dessa vasta trama que se tornou esta tese, com um toque na formatação final.

À companheira Dida, a qual, com sua descrição, bom-humor e generosidade, cuidou de minha casa, dos meus filhos, da minha mãe e do dadinho na minha ausência e sempre.

A Kely, minha eterna companheira, secretária e amiga de enfrentamento de desafios de todo o processo de trabalho, em especial na preparação para o afastamento, fazendo-se presente sempre que necessário.

A Wagner, pelo apoio virtual e carinhoso de muita valia no adentrar das noites de março, abril, maio, e, principalmente, no término, nas noites frias de junho e julho...

Aos filhos, Julia e Miguel, por dividirem a saudade, os compromissos, as angústias e apoiarem o *vôo do Condor*, sem falar no acolhimento na tão esperada volta.

A minha Querida Mãezinha, a minha Tia Carmelita (*in memoriam*) e aos demais familiares que foram *certezas* no retorno e pelo apoio, principalmente, na minha ausência.

E à Cidade do Recife, berço da minha existência e amor maior de vida, tão bem descrita e sentida pelo poeta...

O INÍCIO

*No ponto onde o mar se extingue
e as areias se levantam
cavaram seus alicerces
na surda sombra da terra
e levantaram seus muros
do frio sono das pedras.
Depois armaram seus flancos;
trinta bandeiras azuis plantadas no litoral.
Hoje, serena, flutua,
metade roubada ao mar, metade à Imaginação,
pois é do sonho dos homens que uma cidade se inventa.*
(Pena Filho, C., 1969: 169)

“Nenhum problema pode ser resolvido a partir da mesma consciência que o criou. Precisamos aprender a ver o mundo renovado. Isto é, precisamos ver diferente, deslocar e renovar nosso ponto de vista, para compreender e agir diferentemente. Supõe que, aprendizado e mudança são inseparáveis ou, dito de outra forma, não é possível mudar sem aprender (ver o novo), ou aprender sem mudar.” (EINSTEIN, 1900)

“Qualidade de Vida pode ser entendida dentro de uma Política Pública/Social concernente a dois pontos: liberdade e equidade, aqui entendida como acesso a bens materiais e oportunidades.”
(OOMMEN, 1990)

“Somos filhos do cosmos, trazemos em nós o mundo físico e o biológico... mas *com e em* nossa singularidade própria e para enfrentarmos o desafio da *complexidade*, precisamos de princípios organizadores de uma *religação dos saberes/do conhecimento*.” (MORIN, E., 2002)

“*Ser cultural ou ser consciente é a forma radical de ser dos humanos, enquanto seres que, refazendo o mundo que não fizeram, fazem seu mundo, e neste fazer e refazer se refaz a si mesmo.*” (FREIRE, P., 1987)

CORDEIRO, Joselma Cavalcanti. **A promoção da saúde e a estratégia de cidades saudáveis**: um estudo de caso no Recife, Pernambuco. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

RESUMO

Este estudo objetiva a análise da formulação e implementação das políticas públicas para a cidade do Recife, no período 2001-2004, verificando qual a congruência com o referencial teórico da Promoção da Saúde e dos pressupostos do modelo de Cidade Saudável. Como viés metodológico, adotou-se pela proposta de Araújo Jr. (2000) de análise sistêmica de políticas e a da sociopraxis de Villasante (2006). Para tal, foram realizadas análises documentais, entrevistas semi-estruturadas e análise coletiva de segunda ordem. A análise da política, evidenciou em relação ao contexto, que, apesar da existência, nos dois primeiros anos, das divergências e falta de apoio político em nível federal e estadual, parece ter sido o grande apogeu da proposta. O conteúdo da Política, expresso nos vários programas, foi considerado adequado a uma perspectiva socialista, em que o Estado apresenta como objetivo principal eliminar as desigualdades sociais, colocadas como problemas. A análise dos atores evidenciou estratégias que variaram de cooperação, no início, para o processo interno, sem a utilização de estratégias, frente aos outros atores, considerados indiferentes e ou que estavam utilizando estratégias diferenciadas daquela pretendida, bem como cooptação e omissão frente aos processos de ação intersetorial. No que concerne ao processo político, fica evidente a grande mudança inicial para uma ampliação da participação, com a inter-institucionalidade de vários fóruns, de uma maneira geral. E, no transcurso, lacunas e algumas dificuldades principalmente, junto às outras Secretarias e aos funcionários. As reflexões de segunda ordem, como resultado da oficina revelou, quanto ao conhecimento, que a polissemia que envolve a concepção sobre a política de promoção da saúde e a estratégia de cidades saudáveis está sendo impregnada pelo que foi definido como princípios consonantes à Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Sobre a política analisada foi reforçado mais o aspecto negativo para a condução geral da Prefeitura, quanto à radicalização democrática, defendida no início da gestão, embora reconheça os processos mais democratizantes em algumas Secretarias, com ênfase na pasta da Saúde. A análise da prática evidenciou uma visão crítica de redirecionamento do processo democratizante inicial. Como conclusão as recomendações se voltaram para os atores e, para o aprimoramento do processo, no sentido de se trabalhar o fomento para as ações de capacitação e participativas para garantir a sustentabilidade e institucionalização da proposta para um Recife Saudável.

Palavras-chave: Promoção da saúde; Cidade saudável; Ação intersetorial; Participação cidadã; Política de saúde; Análise de Políticas.

CORDEIRO, Joselma Cavalcanti. **The Promotion of Health and Strategy for Healthy Cities: a case study in Recife, Pernambuco.** 2008. Thesis. (Doctorate in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

ABSTRACT

This study sets out to analyze the formulation and implementation of public policies for the city of Recife, from 2001 to 2004, in order to find out how they developed and what they bear in common with the body of theories on health promotion and on healthy cities. Based on Araújo Junior's systematic analysis of policies (2000) and Villasante's sociopraxis (2006), documental analyses, semi-structured interviews and second order collectives analysis were carried out. The analysis of the policies related to the macrocontext seem to point to the first two years of their implementation as their heyday, regardless of casual disagreements and lack of effective state or federal political support. In the microcontext, such policies received full support. The implementation of the constitutional amendment 29, raising the health budget from 3 to 15%, resulted in the instantaneous undertaking of many a program as well as in the launching of state health intersectoral disputes in health micropolicies. The analysis of the health programs showed they were designed from a socialist perspective where the elimination of social inequalities was set as the state primary goal. As to actors, strategies adopted ranged from cooperation in the beginning to their abandoning. Regarded as indifferent and making use of strategies other than cooperation, such as cooptation or omission, the actors made the fragility of the political process apparent. The need for wider participation became manifest and diverse new forums were established, mainly by the Pernambuco State Department of Health, which, however was faced with some difficulties. This fact led to the establishment of a micropolicy for the health sector which was required for the building of a healthy city: participation and intersectoral cooperation. The polisemy involving the design of health promotion policies and healthy cities has been impregnated with the principles underlying the First International Conference held in Ottawa, Canada, in November 1986. Second order reflections on the process for designing and implementing the policy in focus reinforced the negative aspects of the municipality political conduction, such as the democratic radicalization adopted in the beginning of the administration. One must also acknowledge there were also some democratizing processes going on such as that in the State Department of Health an in other Departments. At the end, it was concluded that no matter the expressive gains obtained, the process demands to be perfected regarding participative options which must sustain and institutionalize the proposal of a healthy Recife.

Keywords: Health Promotion, Healthy City; intersectoral action, citizen participation, Health policy; Policy Analysis.

CORDEIRO, Joselma Cavalcanti. **La Promoción de la salud y la estrategia para las ciudades saludables:** un estudio de caso en Recife, Pernambuco. 2008. Tesis. (Doctorado en Salud Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo examinar la formulación y ejecución de políticas públicas en 2001-2004, en la ciudad Recife, tomando nota de cómo se desarrolló en la práctica y la forma en congruencia con la referencia teórica de Promoción de la Salud y las hipótesis del modelo de Ciudad Saludable, y contribuir a su desarrollo. Como un sesgo metodológico, aprobó la propuesta de Araujo Junior (2000), el análisis sistémico de las políticas y los sociopraxis de Villasante (2006). Con este fin, hubo análisis documental, entrevistas semi-estructuradas y análisis colectivo de segundo orden. El análisis de la política en relación con el macro-contexto, puso de manifiesto que, a pesar de la existencia en los dos primeros años de diferencias y la falta de apoyo político de las ideologías liberales y federales a nivel estatal y los socialistas a nivel municipal, parece haber sido la gran apogeo de la propuesta. El contenido de la política, expresada en los diversos programas, se considera adecuada para una perspectiva socialista, en las que el Estado establece como su principal objetivo eliminar las desigualdades sociales, como los problemas que plantea. El análisis de los actores de relieve las estrategias que van desde la cooperación en el comienzo, una más interior, sin necesidad de utilizar estrategias, frente a los actores, considera indiferente y el uso de diferentes estrategias que desee, así como co omisión frente y los procedimientos a ser desarrollados con el fin de institucionalizar intersectorial y la sostenibilidad de la Política de Ciudad Saludable Recife, lo que confirma una tendencia y / o debilidad de la viabilidad del mismo. El resultado del taller puso de manifiesto que la participación de polissemia el diseño de la política de promoción de la salud y la estrategia de ciudades saludables se está impregnada de lo que se define como principios coherentes a la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (antes citada), celebrada en Ottawa, Canadá, en noviembre de 1986, presentó en su Carta de Intención, que se propuso para lograr Salud para Todos en el Año 2000 y en años posteriores. Las reflexiones de segundo orden en el proceso para la formulación y aplicación de la política discutidos en este taller ha reforzado el aspecto más negativo para la realización de las municipales en general, acerca de la radical democrática, que se celebró a principios de gestión, al tiempo que reconoce los procesos más en la democratización algunos departamentos, con énfasis en la cartera de salud. El análisis de la práctica mostró una visión crítica del proceso de democratización de la redirección inicial. En conclusión las recomendaciones dirigió a los actores y para la mejora del proceso, a trabajar para la promoción de la participación y empoderamiento de las acciones para garantizar la sostenibilidad y la institucionalización de la propuesta de un Recife saludable.

Palabras clave: Promoción de la Salud, Ciudad Saludable, la acción intersectorial, la participación ciudadana, la política de salud; Análisis de Políticas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Programa Ação Integral Sinérgico (PAIS)	70
Figura 2 –	Investigação Ação Participativa e Planos Alternativos Integrais	73
Figura 3 –	Lista de Atores / Interlocutores-chave	80
Figura 4 –	Documentos marcos da política Recife Cidade Saudável	84
Figura 5 –	Matriz de análise da categoria Contexto da política e suas subcategorias operacionais	88
Figura 6 –	O conteúdo da política	89
Figura 7 –	Passos da Análise dos Atores da Política.	93
Figura 8 –	Tipos e Níveis de Políticas	94
Figura 9 –	Documentos Marcos da Política por Grupo Entrevistado para a Prefeitura do Recife, no período 2001-2004	101
Figura 10 –	Lista de Atores / Interlocutores-chave Envolvidos na Oficina de Devolução	105
Figura 11 –	Apresentação de Resultados Segundo as Categorias: Plano do Conhecimento, das Políticas e da Ação.	108
Figura 12 –	Matriz de Análise Categoria Contexto da Política e suas Subcategorias	143
Figura 13 –	Matriz de Análise da Categoria	153
Figura 14 –	Programas Integrados, Macro-Objetivos e Órgãos Envolvidos	162
Figura 15 –	A Síntese da Análise do Conteúdo da Política	169
Figura 16 –	Síntese da Análise do Processo da Política Recife Cidade Saudável	186
Figura 17 –	Sociograma – a posição dos atores em relação à política	196
Figura 18 –	Síntese da análise dos Atores envolvidos com a política	197
Figura 19 –	Tetralema - Concepção de uma Política para uma Cidade Saudável	256
Figura 20 –	Tetralema - A Prática / Ação para uma Cidade Saudável	257
Figura 21 –	Tetralema - A Prática / Ação para uma Cidade Saudável.	258
Figura 22 –	Matriz de apresentação de resultados segundo as categorias: plano do conhecimento, das políticas e da ação.	213

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

ABRASCO	- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACF	- Estrutura de Coalizes de Defesa
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
AIPS	- Aes Intersetoriais em Promoção da Saúde
AIS	- Ao Intersetorial para a Saúde
ALMA-ATA	- Conferencia Internacional sobre Atenção Primária  Saúde
ASA	- Agente de Saúde Ambiental
CAAESO	- Certificação de Apresentação Para Apreciação tica
CAPES	- Coordenação de Aperfeiamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES	- Centro Brasileiro de Estudos e Saúde
CEDAPS	- Centro de Estudos de Promoção da Saúde- RJ
CEPAL	- Comissão Econmica para América Latina
CEPEDOC	- Centro Estudo, Pesquisa e Documentação da USP
CMS	- Conferência Municipal de Saúde
CNDSS	- Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CNS	- Conferência Nacional de Saúde
CNUMAD	- Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento
CONASEMS	-Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONDEPE/FIDEM	- Agencia Estadual de Planejamento e Pesquisa de Pernambuco
CONEP	- Comissão Nacional de tica em Pesquisa
COSEMS	- Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CPHA	- Canadian Public Health Association
CPMF	-Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CPqAM	- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
DAFO	- Deficiências, Ameaças, Fortalezas e Oportunidades
DLIS	- Desenvolvimento Local Integral e Sustentável
DMS	- Departamento de Medicina Social
DRP	- Diagnóstico Rápido (Rural) e Participativo

DRT	- Delegacia Regional do Trabalho
EEUU	- Estados Unidos da América do Norte
EIA	- Estudo de Impacto Ambiental
ENC-Provão	- Exame Nacional de Cursos
ENSP	- Escola Nacional de Saúde Pública
ESP-CE	- Escola de Saúde Pública do Ceará
FAPESP	- Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FCM	- Faculdade de Ciências Médicas
FGV	- Fundação Getúlio Vargas
FHC	- Fernando Henrique Cardoso
FINEP	- Financiadora de Estudos e Projetos
FIOCRUZ	- Fundação Oswaldo Cruz
FMABC	- Faculdade de Medicina do ABC
FMI	- Fundo Monetário Internacional
GERUS	- Curso de Especialização em Gerência de Unidades Básicas de Saúde
GIAPs	- Grupo de Investigação e Ação Participativa
IAP	- Investigação Ação Participativa
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPES	- Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade da UNICAMP
ISC	- Instituto de Saúde Coletiva
JICA	- Agência de Cooperação Internacional do Japão
MS	- Ministério da Saúde
NEP	- Núcleo de Estudos de Planejamento
NESC	- Núcleo de Estudos e Saúde Coletiva
NESCON	- Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Nutrição da UFMG
NOAS	- Normatização Operacional de Assistência à Saúde
NPS	- Nova Política Social
NUSP	- Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social da UFPE
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONGs	- Organização não Governamentais
ONU	- Organização das Nações Unidas
OP	- Orçamento Participativo

OPAS	- Organização Panamericana de Saúde
ORLA	- Oficina Regional Latino Americana
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAHO	- Panamerican Heath Organization
PAI	- Plano de Ação Intergral
PAIS	- Programa de Ação Integral Sinérgico
PC do B	- Partido Comunista do Brasil
PCR	- Prefeitura da Cidade do Recife
PDT	- Partido Democrata Trabalhista
PES	- Planejamento Estratégico Situacional
PIB	- Produto Interno Bruto
PFL	- Partido da Frente Liberal
PL	- Partido Liberal
PMDB	- Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAD	- Programa Nacional de Alimentação Domiciliar
PNUD	- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNPS	- Política Nacional de Promoção à Saúde
PP	- Partido Progressista
PPB	- Partido Progressista Brasileiro
PSA	- Programa de Saúde Ambiental
PSC	- Partido Social Cristão
PSDB	- Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	- Programa de Saúde da Família
PT	- Partido dos Trabalhadores
PTB	- Partido Trabalhista Brasileiro
SBPC	- Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SIMCE	- Sistema de Medición de Calidad de La Educación
SISNEP	- Sistema Nacional de Informação Sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
SMS/SP	- Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SPT/2000	- Saúde para Todos no Ano 2000
SS/PCR	- Secretaria de Saúde da Prefeitura do Recife

SUS	- Sistema Único de Saúde
UCM	- Universidade Complutense de Madri
UFBA	- Universidade Federal da Bahia
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
UFPE	- Universidade Federal de Pernambuco
UFSC	- Universidade Federal de Santa Catarina
UIPES	- União Internacional de Promoção de Educação em Saúde
UNICAMP	- Universidade Estadual de Campinas
UPE	- Universidade de Pernambuco
URSS	- União das Repúblicas Soviéticas Socialistas
USP	- Universidade Estadual de São Paulo
WHO	- World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 A COMPLEXIDADE DA PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA UMA CIDADE SUSTENTÁVEL	24
1.2 INTERSETORIALIDADE E A INTEGRALIDADE PARA UMA POLÍTICA PÚBLICA SAUDÁVEL	45
1.3 SUSTENTABILIDADE, REDES SOCIAIS E SEU CONJUNTO EM AÇÃO	51
1.4 PERGUNTA CONDUTORA	59
1.5 OBJETIVOS DO ESTUDO	59
1.5.1 Objetivo Geral	59
1.5.1 Objetivos Específicos	59
2 REFERENCIAL TEÓRICO.	61
2.1 A SOCIOPRÁXIS COMO FERRAMENTA DE ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	62
3 OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.	74
3.1 TIPO DE ESTUDO E JUSTIFICATIVA DA ABORDAGEM.	75
3.2 ÀREA DO ESTUDO	78
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO	79
3.4 FONTES DE INFORMAÇÃO E AS TÉCNICAS DE COLETAS DE DADOS	82
3.4.1 A Entrevista	83
3.4.2 A Pesquisa Documental	84
3.4.3 Uma Devolução Sistematizada sob Forma de Oficina	84
3.5 PLANO DE ANÁLISES DAS INFORMAÇÕES	85
3.5.1 O Primeiro Momento: A Análise das Políticas.	86
<i>3.5.1.1 Análise do Contexto</i>	<i>87</i>
<i>3.5.1.2 A Análise do Conteúdo da Política</i>	<i>88</i>
<i>3.5.1.3 A Análise dos Atores</i>	<i>89</i>
<i>3.5.1.4 O Processo Político</i>	<i>93</i>

3.5.1.5. <i>Análise de Dados.</i>	98
3.5.1.5.1 <i>A Análise dos Discursos</i>	99
3.5.1.5.2 <i>A Análise Documental</i>	99
3.5.1.5.3 <i>A Hermenêutica Dialética.</i>	102
3.5.2 O Segundo Momento: Uma reflexão de Segunda Ordem	103
3.6 DIFICULDADES NA MUDANÇA DE ROTA METODOLÓGICA	108
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	110
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	111
4.1 O CONTEXTO DA MUDANÇA PARA UMA POLÍTICA PÚBLICA E SAUDÁVEL NO RECIFE	112
4.1.1 Macro-Contexto	112
4.1.1.1 <i>Esfera Política – No Âmbito Geral Nacional e Estadual</i>	112
4.1.1.2 <i>O Macro-Contexto Político Específico – As Influências Internacionais e Nacionais</i>	120
4.1.1.3 <i>Esfera Econômica</i>	134
4.1.1.4 <i>Esfera Social</i>	139
4.1.2 Micro-Contexto	144
4.1.2.1 <i>Esfera Política.</i>	144
4.1.2.2 <i>Esfera Econômica</i>	148
4.1.2.3 <i>Esfera Social</i>	150
4.2 O CONTEÚDO DAS ESTRATÉGIAS PARA UMA CIDADE SAUDÁVEL	154
4.2.1 O Programa de Governo	154
4.2.2 O Plano Plurianual (PPA) 2002-2005	157
4.2.3 O Plano Diretor da Cidade do Recife	164
4.3 O PROCESSO: CAMINHO E DESCAMINHOS PARA UM RECIFE CIDADE SAUDÁVEL	169
4.3.1 A Formulação e Implementação da Política Recife Cidade Saudável na Visão do Grupo Governamental.	171
4.3.2 A Formulação e Implementação da Política Recife Cidade Saudável na Visão do Grupo Não-Governamental	179
4.3.3 Tendências de Direcionamento do Processo – A Grande Obra é Cuidar	

das Pessoas	183
4.4 OS ATORES: CONJUNTO EM AÇÃO PARA UM RECIFE SAUDÁVEL	187
4.4.1 A Percepção dos Informantes-chave sobre os Atores	187
4.4.2 Conjuntos em Ação na Redefinição dos Processos Políticos: Encerrando o Método para o Despontar da Criatividade	197
<i>4.4.2.1 No plano do conhecimento: concepção da estratégia cidade saudável</i>	198
<i>4.4.2.2 O Plano das Políticas: o processo político</i>	202
<i>4.4.2.3 Plano de ação: práticas (técnicas) /ação</i>	209
<i>4.4.2.4 Quanto às recomendações da oficina</i>	214
5 CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	220
5.1 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES	221
5.2 RECOMENDAÇÕES	224
REFERÊNCIAS	226
APÊNDICES	250
Apêndice A - LISTA DE INTERLOCUTORES	251
Apêndice B - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS	252
Apêndice C - DOCUMENTOS MARCO DA POLÍTICA RECIFE CIDADE SAUDÁVEL	253
Apêndice D - DOCUMENTOS MARCO DA POLÍTICA RECIFE CIDADE SAUDÁVEL POR GRUPO ENTREVISTADO.	254
Apêndice E - ROTEIRO PARA DISCUSSÃO	255
Apêndice F - TETRALEMAS APRESENTADOS NA OFICINA DE DEVOLUÇÃO.	256
ANEXOS	259
Anexo A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	260
Anexo B - PARECER N.087/2007 – CONEP	261

1 INTRODUÇÃO



A trajetória até esta tese tem um percurso longo, desde o ano de 1973, ao optar por não deixar a medicina, iniciada desde 1971, por conseguir enxergar uma luz no fim do túnel, através da saúde pública. Assim, naquele momento foi definido que não queria trabalhar no pólo da doença – apesar de reconhecer o gradiente existente entre esta e a saúde e saber que na vida real, ambas, estão *dialeticamente* ou *tetraleticamente*, colocadas. Esta opção direcionou todo o trajeto de vida até os dias atuais.

E, a vivência nos 10 anos com diversas experiências¹ complementou a formação que possibilitou, em mantendo o foco na saúde, neste quarto momento de aproximação com o Núcleo de Estudos e Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (NESC/CPqAM/FIOCRUZ-PE), agora para cursar o doutorado, optar por um novo olhar para os processos políticos, agora voltados para a Promoção da Saúde e para a Estratégia Cidades Saudáveis, da casa na qual vivenciamos, no período de 1985 a 1988, o início de toda mudança para a construção de um Sistema Único de Saúde – descentralizado, equânime, resolutivo e participativo – como início da sua jornada para um Recife Cidade Saudável.

Uma vez docente do Curso Médico da UPE, comprometida na construção da qualificação da formação do profissional médico e das pós-graduações dos profissionais do setor saúde para saúde pública do Estado, cujo lócus de prática é a rede de saúde do município do Recife, duas questões nos motivaram a nos envolver na produção de uma tese de doutorado.

Uma, foi um olhar para um processo político de uma gestão, que expressava o entendimento para a incorporação, numa ação intersetorial, de todos os setores que determinam a promoção de uma vida de qualidade e saudável e que aposta na radicalização do processo democrático como ferramenta e emblema frente aos ares neoliberais que assolavam o país, como colocou o processo político vivenciado por esta gestão.

¹A metodologia do Planejamento Estratégico, estudada e utilizada como referencial teórico da dissertação de mestrado, através dos aportes de Mario Testa e Carlos Mattus; com a problematização como metodologia de ensino de inspiração *construtivista paulofreiriana*; com a experiência de dois anos como consultora regional da Fundação Getúlio Vargas (FGV/SP) – para o desenvolvimento de um projeto multicêntrico do Ministério da Saúde para a qualificação de 12 hospitais de grande porte no Brasil, onde o Hospital da Restauração, vértice da pirâmide da rede de todo o Sistema de Saúde do Estado, foi o local de prática – nos aproximou da metodologia de gestão da qualidade dos processos administrativos e; o cursar de algumas disciplinas do doutorado em Sociologia da UFPE.

E, uma segunda questão, concernente às metodologias de análise de políticas e de processos participativos e emancipadores, fruto das reflexões possibilitadas durante o doutorado no NESC/CPqAM/FIOCRUZ e o estágio de doutoranda na Universidade Complutense de Madri (UCM), sob orientação do professor Tomás Villasante, com o foco de tema e metodologia para a defesa de uma tese voltada para a análise da Política de Promoção da Saúde e a Estratégia Cidades Saudáveis, expressão da primeira gestão da frente de esquerda em Pernambuco e pioneira experiência de uma administração de coordenação petista para a cidade do Recife.

A tese foi desenvolvida em cinco capítulos, sendo o primeiro introdutório, em que se desenvolve toda uma construção sobre os aspectos da Complexidade da Promoção de Saúde, da Intersetorialidade e da Sustentabilidade através das Redes Sociais e de seus Conjuntos em Ação, são consideradas necessárias à elaboração do pré-texto para colocação do objeto – a construção política de uma Cidade Saudável, bem como sua justificativa, pergunta orientadora e os objetivos a serem perseguidos.

Um segundo capítulo, com o referencial teórico, necessário à consecução dos objetivos é assumido, fruto das vivências e reflexões do professor Tomás Villasante, pensador e construtor da proposta epistemológica e metodológica da sociopraxis, desenvolvida a partir do paradigma da complexidade como metodologia de análise e construção de políticas através da investigação de processos participativos emancipadores.

Um terceiro, em que os procedimentos metodológicos e os caminhos de uma abordagem qualitativa e de investigação participativa percorridos são explicitados.

Um quarto capítulo, que expõe a sistematização dos resultados, apresentados em quatro seções, baseadas no Modelo Operacional de Análise de Políticas Públicas (ARAÚJO JR., 2000), as quais descrevem o contexto sócio-histórico e político que influenciou as políticas locais para um Recife Saudável; analisam os diferentes conteúdos desta política, a partir dos projetos e/ou programas relacionados com a qualidade de vida; o processo de formulação e implementação das políticas, visando à qualidade de vida na cidade; e identificam as diferentes percepções dos atores envolvidos na proposição de políticas para a promoção de uma cidade saudável, bem como a partir da Sociopraxis (VILLASANTE, 2006); explicita-se o desenvolvimento da oficina com a rede socio-técnica – atores envolvidos no processo – e se incorpora o seu resultado, possibilitando novas contribuições para o processo

político analisado, como uma ressignificação dos resultados da análise sistêmica anteriormente desenvolvida.

E, um último e quinto capítulo, no qual, ao responder aos objetivos propostos se tecem as considerações finais na forma de potencialidades e fragilidades da política analisada, bem como são esboçadas recomendações como produtos dessa tese.

1.1 A COMPLEXIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA UMA CIDADE SAUDÁVEL

A proposta “Cidades Saudáveis” é parte integrante do que é denominado “Nova Saúde Pública”, uma consequência do movimento de Promoção da Saúde. Trata-se de um processo que se inicia mediante o Relatório Lalonde (1974), e foi formulado na Carta de Ottawa, de 1986 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986); destacando-se que o Canadá foi o primeiro país a utilizar a estratégia das Cidades Saudáveis, bem como a difusão desta como um modelo.

Cidade Saudável é aquela que articula um grande conjunto de seus atores sociais, ou seja, governo, partidos políticos, instituições públicas e privadas, sindicatos, associações, ONGs, famílias e indivíduos, objetivando a orientação de suas ações direcionadas à produção coletiva da saúde, que visa à construção de uma rede de solidariedade com o objetivo comum de melhorar a qualidade de vida da população da cidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986).

Durante as décadas de 1980 e 1990, houve um aumento de proposições centradas no paradigma da Promoção da Saúde, um dos pilares mais vigorosos da agenda internacional, fundamentada em políticas saudáveis e ambientes sustentáveis, denominadas “Cidades Saudáveis” e “Escolas Promotoras de Saúde”. Estas foram lançadas pela Organização Mundial de Saúde / Organização Pan-Americana de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE) quase simultaneamente com a Carta de Ottawa (BUSS, 2000; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986, 1991).

O conceito não é novo e pretende reviver o impacto que o movimento da saúde das cidades teve sobre a ordem governativa urbana no Século XIX, com os trabalhos de Chadwick, resultantes da Comissão de Saúde das Cidades (ROSEN, 1980). Modernamente, ressurgiu em um seminário sobre “Toronto Saudável 2000”, realizado em 1984, parte integrante de uma Conferência sobre Políticas Públicas Saudáveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986).

O projeto da OMS teve início oficialmente no Simpósio sobre Cidades Saudáveis em Lisboa, em 1986, com a seleção inicial de 11 cidades. A OMS, em 1988, promoveu um trabalho com grupo de especialistas em promoção da saúde, no intuito de planejar o projeto de cidade saudável enquanto estratégia de promoção da saúde dessa organização, na Europa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986). Já nos anos 1990, incluía mais de 1000 cidades em uma rede em todos os continentes (MOYSÉS, 2000). Rapidamente, expandiu-se para algumas cidades da Europa, apoiadas pela OMS e, no sétimo Simpósio Anual de Cidade Saudável, realizado em 1992, em Copenhague, já existiam 35 adesões europeias e muitos projetos no Canadá, nos EEUU e na Austrália, difundindo-se por redes de cidades, países e regiões do mundo, transformando-se, então, em um movimento internacional.

Na América Latina, iniciou-se nos anos 90, sob a coordenação da OPAS/OMS com a denominação de municípios saudáveis². Inúmeras são as iniciativas existentes, atualmente, na América Latina, formando redes de municípios, cantões e paróquias, em países como México, Costa Rica, Panamá, Colômbia e Chile (RIGHETTI, 2004).

Criando a possibilidade do desenvolvimento da Promoção da Saúde, a Nova Saúde Pública, no Brasil, denominada de Saúde Coletiva³, rompe com o paradigma biomédico e

² No Brasil, a discussão de denominação desses projetos caminha nessa mesma direção. O termo foi debatido no "I Fórum Brasileiro de Municípios Saudáveis", ocorrido em Sobral, em 1998. A denominação "Cidade Saudável" foi defendida porque "cidade" estaria relacionada a *polis*, local onde as pessoas assumem sua condição de cidadão, e pode, além disso, melhor representar a intensa urbanização que o país vive e os novos problemas de saúde que advêm do atual estágio de desenvolvimento dos aglomerados humanos, caracterizados na forma de cidades, da vida urbana. Já o termo "Município Saudável" foi defendido por refletir a organização de grande parte dos aglomerados no país, que contém núcleos habitacionais estruturados economicamente na produção rural, localizados em torno de um núcleo principal de características urbanas mais evidentes. O que se observa é que ambas as denominações são utilizadas, e isso tem relação com o período histórico de aproximação das cidades ao ideário. As cidades que foram sensibilizadas pelo governo canadense a adotar políticas nesta perspectiva utilizam o termo "Cidades Saudáveis", enquanto outras, incentivadas por outros órgãos, como a Organização Pan-Americana de Saúde, referem-se ao "Município Saudável". Desta forma consideram-se as designações "Cidades" e "Municípios Saudáveis" como sinônimos (AKERMAN, 2002).

³ No caso específico da América Latina, emerge, nos últimos trinta anos, um campo que se designou como Saúde Coletiva, permitindo a identificação de pontos de encontro com os movimentos de renovação da saúde pública institucionalizada, seja enquanto campo científico, seja como âmbito de práticas, ou mesmo como atividade

situa a saúde em uma perspectiva mais ampla do que uma simples *negação da doença*⁴, compreendendo a saúde como socialmente determinada. Teve como dispositivo inicial para a adoção desta perspectiva a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e seu relatório, o qual definiu as diretrizes políticas da reforma sanitária brasileira. A temática proposta era *Saúde é um direito de todos e dever do Estado*, que norteia o objetivo, remetendo-se à idéia de que o processo de formulação de políticas públicas é dever do Estado na manutenção, promoção e proteção à saúde de seus cidadãos.

A reforma sanitária brasileira, colocando a saúde como direito, assume como campo de abrangência a situação de iniquidade da saúde da população brasileira e prioriza enquanto estratégica a organização de um sistema de atenção à saúde que seja descentralizado, articulado, com gestão única em cada ente federado, acessível, resolutivo, de base local e com participação social.

A discussão da saúde como direito de cidadania reverbera nos movimentos políticos e se expressa no entendimento da saúde, no artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988, que inclui – no capítulo da Seguridade Social – como um elemento fundamental de proteção social integrando um conjunto de ações dos poderes públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. O Estado brasileiro reconhece este desafio e legitima os esforços para se pensar a saúde como direito universal, instituindo um novo conceito e um novo arcabouço jurídico-institucional para a sua garantia, qual seja, a múltipla determinação do processo saúde/doença e a inter-relação da política de saúde com as políticas de outras áreas sociais e com as políticas econômicas (BRASIL, 1988).

A própria Constituição estabelece a participação da comunidade e o atendimento integral, com prioridade para as *ações preventivas* (sem prejuízo das atividades assistenciais), como diretrizes para a organização do sistema de saúde. A descentralização, com direção única em cada esfera de governo, completa o conjunto de diretrizes aprovadas pela sociedade, em consonância com a perspectiva da promoção (BRASIL, 1988).

profissional, categorizada de forma de superação da chamada "crise da saúde pública", incorporando o complexo "promoção-saúde-doença-cuidado" em uma nova perspectiva paradigmática, aumentando assim a viabilidade das metas de Saúde Para Todos, mediante políticas públicas saudáveis e de uma maior e mais efetiva participação da sociedade nas questões da vida, saúde, sofrimento e morte. (PAIM; AMEIDA FILHO, 1998)

⁴ Segundo Lefevre (2007, p.29-32), para se repensar saúde positivamente é preciso a visão dialética e mediatizada das coisas, bem como entender a noção de positivo não em si mesma, mas relacional e processualmente, como negação da negação, o que significa, no final do processo, encontrar um novo (e não o mesmo) equilíbrio na relação homem-homem e na díade homem-natureza e só assim a promoção de saúde representará o novo.

A nossa legislação infraconstitucional disposta nas leis 8.080 e lei 8.142, de 1990, reforça a concepção da promoção da saúde e detalha a forma e mecanismos de participação da comunidade na gestão do sistema e as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde no contexto da integralidade da atenção e da gestão descentralizada das ações e serviços (BRASIL, 2003).

Neste contexto, após a difusão do Programa Cidade Saudável como proposta para os Estados membros, pela OMS, em 1994, no Brasil, a carta de Fortaleza foi nacionalmente acordada, pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), em 1995.

Desde então, algumas cidades vêm adotando esta estratégia, em parceria com núcleos acadêmicos, tais como: Sobral e Crateús, no Ceará, em parceria com a Escola de Saúde Pública do Ceará, em Fortaleza (ESP-CE); alguns municípios mineiros ribeirinhos do São Francisco, sob consultoria do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON / UFMG) (CIÊNCIA E CULTURA, 2004); no Rio de Janeiro, no bairro de Manguinhos e entorno, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ESNSP/ FIOCRUZ); nas cidades de São Paulo, Campinas, Santos, Bertioga, Itaoga, Limeira, Lins e Ribeira, no estado de São Paulo, em cooperação com Universidade de São Paulo (USP); em Florianópolis, com Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (CIÊNCIA E CULTURA, 2004); Itambé e Recife, em Pernambuco, destacando-se que para Itambé há uma parceria com Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social da Universidade de Pernambuco (NUSP/UFPE) que, desde 2005, conjuntamente com o Governo do Estado, através da Agência CONDEPE/FIDEM e da Agência de Cooperação Internacional Japão (JICA), ampliou a proposta para cinco municípios⁵ da região agreste. Na Cidade do Recife, a proposta “Cidade Saudável” foi assumida no discurso da gestão 2001-04 e foi expressa no seu Plano Municipal de Saúde (RECIFE, 2002; SANTOS, 2004), sendo mantido, no período seguinte pela reeleição do mesmo grupo político. O compromisso do Governo Municipal baseou-se no dever de resgatar a cidadania do recifense, através da “democratização” e de superação das iniquidades sociais, reivindicações históricas dos segmentos progressistas da cidade.

⁵ Para este projeto, foram contemplados os municípios de Barra da Guabiraba, Bonito, Camocim de São Félix, Sairé e São Joaquim do Monte (MELO FILHO; SÁ; CHUMA, 2007).

É fato que a melhoria da qualidade de vida das pessoas depende da implementação da qualidade das políticas públicas consideradas saudáveis⁶ e de sua sustentação, como uma estrutura integral e participativa, gerando condições viáveis para a constituição dos recursos necessários a sua consecução.

Para Ferraz (1993), pode-se observar a viabilidade da adoção da proposta no Brasil, conclamando a atenção de alguns propósitos para a sua implantação: o fomento da renovação do processo de municipalização da saúde – descentralização; aglutinação de novos atores sociais no bojo da política de saúde através da configuração de redes de cidades saudáveis – sustentabilidade; a viabilização de uma nova cultura de intervenção na saúde pública em nível local, na busca da promoção da qualidade de vida – a intersectorialidade.

Para sua análise e avaliação é condição, considerar o processo de institucionalização, resultado da relação dialética entre instituído e instituinte, compreendendo a promoção da saúde como aspecto de intervenção instituinte de novas relações com as instituições, organizações, movimentos sociais e indivíduos implicados (LOURAU, 1995).

A constituição do campo da promoção da saúde contempla pelo menos três níveis de institucionalização: os pressupostos e princípios teóricos orientadores de políticas nacionais de saúde, a presença de organizações e serviços produtores de ações estabelecidas em programas e projetos de promoção da saúde e ações promocionais que passam a fazer parte de atividades de grupos específicos da sociedade.

Para seu reconhecimento, é importante identificar como foram tecidas as propostas políticas e técnicas que apostam em mudanças num dado contexto, abrangendo instituições, organizações, grupos e pessoas, além das relações e das práticas de saúde.

⁶ A saúde tem que fazer parte da ordem do dia dos responsáveis pela elaboração dos programas políticos, em todos os setores e em todos os níveis, com o objetivo de fazê-los tomar consciência das conseqüências que suas decisões podem ter para a saúde, e levá-los a assumir a responsabilidade que têm a esse respeito (Carta de Ottawa, 1986).

Fundamentados na teoria da produção social (MATUS, 1987)⁷, a construção da cidade saudável pode ser olhada como expressão de um processo que vem buscando uma nova direcionalidade que rompe com a setorização fragmentada e internaliza a situação em sua integralidade. Conforme propõe esse autor, a situação deve ser analisada a partir dos três níveis da realidade – dos fluxos de produção dos fatos; das fenoestruturas e das regras básicas do sistema. Esta abordagem rompe com o conceito restrito de “produção econômica” e introduz o de “produção social”, que articula as dimensões: política, organizativa, ideológico-cultural e cognitiva, no qual a saúde está em permanente transformação. A interdisciplinaridade é um requisito para a superação da fragmentação e que deve integrar o acúmulo do atores sociais em ação na produção da saúde, da qualidade de vida e do desenvolvimento local.

Todas estas mudanças estruturantes, por serem integradas, necessitam da intersetorialidade para se consolidarem. Uma outra mudança requerida está na ordem governativa da cidade, que se dá mediante uma ação concertada entre governo e sociedade, sob as lideranças no conjunto dos órgãos e autoridades públicas aos quais a Constituição Federal de 1988 atribui a função administrativa e adota os princípios da soberania popular e da representação, segundo os quais o poder político pertence ao povo é exercido em nome deste por órgãos constitucionalmente definidos (art. 1º, parágrafo único). No plano municipal, é exercido pelo pelo Prefeito. A sede de cada município toma seu nome e tem oficialmente a categoria de cidade (BRASIL, 1988).

A gerência da ordem governativa, centrada na intersetorialidade, vai atuar sobre os problemas, territórios e pessoas concretos, que são transformados em demandas políticas a serem atendidas mediante articulação das ações de governo (MENDES, 1999).

A OMS, inspirada na proposta de mudanças estruturantes, promove orientações aos governos dos estados membros com o intuito de uma compreensão ampliada da saúde, de seus

⁷ O conceito de produção social é abordado pelo autor como um processo que compreende os aspectos políticos, econômicos e ideológico-culturais da ação dos homens em sociedade. Este conceito apóia, de forma prática, o pensamento de situação na explicação situacional realizada por um ator, abrange a produção de bens e serviços econômicos e tudo o que o ser humano cria de acordo com suas capacidades políticas, ideológicas, cognitivas, econômicas, organizativas e culturais, como um processo de produção social que altera por sua vez, estas próprias capacidades. Em sua teoria da produção social, Matus propõe um modelo de leitura da realidade que procura aprofundar o olhar para além dos fatos mais aparentes, sejam estes fatos sociais, econômicos, políticos, ideológicos e divide a realidade em três níveis: nível 1 dos fatos propriamente dito, ou fenoprodução; nível 2 das acumulações ou fenoestrutura (espaço dos atores e das organizações) e nível 3 que é o das leis sociais básicas ou genoestruturas (acumulações básica de determinação) (MATUS, 1987, p. 21).

determinantes e das condições para mantê-la, propondo, para tal: articular a saúde ao ambiente; ampliar e organizar o conhecimento sobre a cidade; divulgar a idéia do município saudável, encorajar e fortalecer a participação comunitária; assegurar, juntamente com as organizações governamentais e não-governamentais, o compromisso com as políticas públicas saudáveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998).

Para efetuar essas mudanças estruturantes, a OMS recomendou organizar, no âmbito dos governos, instâncias intersetoriais, a fim de reconhecer a relação entre a situação de saúde diagnosticada e as condições de vida da população; de desenvolver um plano estratégico para a cidade e um específico para a saúde, integrado a ele; capacitar pessoas e definir e dividir responsabilidades; identificar grupos de apoio e possíveis parceiros para esse processo e, finalmente, obter democraticamente sua aprovação e implementação (BRASIL, 2001; FUNDAÇÃO GAIA, 2004).

Os contextos determinantes do processo saúde-doença-cuidado necessitam de mediações e interlocutores diversificados para sua transformação, demandado, por sua complexidade⁸.

Saúde enquanto verdade de vida não se separa de doença, nem é o seu inverso (CANGUILHEM, 1982), expressando a sua complexidade como conceito saúde-doença, quando, segundo Contradiopoulos (2006), encontra uma topografia se explorado sob diversos pontos de vista ou dimensões, a saber: o ontológico, que explicita acerca da saúde do ser sobre o qual se fala, concebendo-se como uma qualidade fundamental do ser humano biológico (biológico,vivo, dinâmico), social (o que está em permanente interação com outros seres humanos, situado no tempo, no ambiente e agindo nele), psíquico (um ser completo de emoções, sensações, desejos, intenções e espiritual) e racional (um ser dotado de conhecimento, razão, reflexão); o epistemológico, cuja meta é a tentativa de entendimento dos seus determinantes, a origem desse entendimento, como é, requerendo se apropriar do seu conhecimento um diálogo interdisciplinar ou transdisciplinar entre as ciências da vida, as ciências sociais e as ciências do comportamento; metodológico, é aquele que, necessitando da integração de métodos de bases epistemológicas diferentes (quantitativo, qualitativo, dialético e dialógico) para explicar o como fazer e o teleológico, elucidando para onde nos leva ou o

⁸ Complexidade é a interação e retroação de acontecimentos, ações, determinações, acasos que constituem o mundo fenomenal. Segundo Morin, é “um tecido de constituintes heterogêneos inseparavelmente associados, sendo, portanto, complexos: o que é tecido em conjunto” (MORIN, 1990, p.20).

que nos diz em relação à ação, enquanto ‘resultado’ e concomitante ‘recurso’, sendo fundamentalmente normativa, ditará uma finalidade diferentemente dependente do prisma a ser considerado pelo indivíduo ou pela população (CONTRADIOPOULOS, 2006, p. 14).

Fundamentados numa visão analógica, esta concepção suscita um paradoxo, indicando que a mudança pode vir da estrutura interna dos processos, ou seja, não se pode pensar as políticas públicas inovadoras, suas estratégias para uma cidade saudável, se antes não houver uma reformulação nas mentes; todavia, como contraponto, não se pode reformar as mentes se não houver uma prévia reformulação das Instituições (MORIN, 1990, p.15).

Compartilhando desta visão, Araújo Jr e Maciel Filho (2001) ratifica que as políticas públicas são históricas e surgem como resposta a um determinado contexto, interferindo e sofrendo interferência dele.

A saúde pública deve ser reconhecida como uma complexidade, de sorte que, segundo Tarride (1998), a explicitação dessa compreensão não permaneceu indiferente ao uso predominante do pensamento analítico e reducionista no campo da saúde pública e que recebe contínuas críticas na atualidade, especialmente em respeito ao exercício desta forma particular de pensar, tanto na prática, quanto no campo teórico.

Para este autor, a produção intelectual sobre sistemas complexos já comprovou o seu uso nos diversificados campos específicos, porém sua difusão e incorporação a programas sistemáticos de formação, investigação e ação, no geral e na saúde em particular, ainda estão em processo (TARRIDE, 1998, p. 17).

Terris (1989, p.15) e Alvarez (1992) defendem que uma das causas da crise da saúde pública está na sua limitada conceituação que reduz a saúde pública a uma subdivisão da medicina, cuja tradição é da clínica, centrada em um modelo de causalidade linear que também está em crise.

Para Foucault (1976), esta crise atual, gestada desde o século XVIII, pela somatocracia instituída e cuja finalidade da intervenção estatal é o cuidado ao corpo, a saúde corporal, a relação restrita entre as doenças e a saúde.

No que se refere à prática, o olhar fragmentado hegemônico aponta várias razões para a crise da saúde pública. Na visão de Frenk (1992), esta é uma crise de identidade, de organização e de realização cujas causas podem ser encontradas nos espaços e práticas da saúde pública. Nájera (1992), Testa (1992), Tejada (1992) e Menendez (1992) assinalam que

se pode perceber a crise através dos sistemas dos serviços de saúde, não se devendo considerá-la como simples fenômeno econômico e financeiro conjuntural, mas estrutural.

Para Menendez (1992, p.103), a saúde pública, como saber e prática profissional, constitui-se uma variedade corporativa do que denominou Modelo Médico Hegemônico (MMH), construído sob uma base filosófico-antológica individualista e cientificista, como também afirma que outra forma de abordagem da saúde pública se deveu ao uso do Modelo da Medicina Psicossomática, quando os processos saúde-doença e de atenção foram considerados uma possível síntese entre o nível biológico, psicológico e sociocultural (TARRIDE, 1998).

E, em uma revisão de vários autores⁹, Tarride (1998, p. 27) assinala que o conceito da saúde pública, numa perspectiva filosófica moderna,

É a holística da promoção de saúde, onde esta passa a ser considerada expressão do grau em que um indivíduo é capaz de alcançar um equilíbrio existencial dinâmico, onde as perturbações podem ser interpretadas de ângulos diferentes, possibilitando visões desde a mecanicista, a hermenêutica e a social.

Esta visão, segundo o modelo explicativo da determinação social da saúde-doença possibilita, desde os anos 60, uma abordagem afirmativa da saúde, em contraponto a outras mais restritas, direcionadas apenas para o controle das doenças.

Dois principais eventos históricos favoreceram o desenvolvimento desta nova perspectiva da saúde: o primeiro, diz respeito à abertura da República Popular da China, possibilitando a visita de especialistas da OMS em 1973-1974, que permitiu conhecer ao ocidente uma modalidade diferenciada de conceber e se relacionar com o binômio saúde-doença. O relatório da visita à China evidenciou um conjunto de ações, as quais visavam à melhoria da saúde, desenvolvido na zona rural daquele país, desde 1965.

E o segundo refere-se à Declaração de Alma-Ata¹⁰, em 1978, na URSS, amparada na experiência chinesa, que formulou um modelo da Atenção Primária à Saúde, o qual foi recomendado para os estados membros, delineando os principais condicionantes para assegurar a qualidade de vida e o direito ao bem estar social, salientando a complexidade da

⁹ Cita Alvarez (1992), Tejada (1992), Frenk (1992), Nájera (1992), Testa (1992), Tejada (1992), Menendez (1992).

¹⁰ Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde cujo produto foi a Declaração de ALMA-ATA, realizada em 1978, após a trigésima Assembléia Mundial de Saúde, intitulada Saúde para Todos no Ano 2000 - SPT 2000, realizada em 1977(CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

saúde e sua intrínseca relação com a participação da população em seu contexto socioeconômico:

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doenças; a intervenção em saúde deve ser intersetorial, articulando-se à educação, agropecuária, habitação, alimentação, indústria, entre outros setores; a promoção à saúde viabiliza o desenvolvimento econômico e social sustentável, produz melhora na qualidade de vida e conseqüentemente favorece a paz mundial; o planejamento e a execução das ações de saúde devem estar pautados no envolvimento comunitário e participar do processo decisório é direito e dever dos povos; a saúde é uma responsabilidade do poder público que só pode ser realizada a partir de medidas sanitárias e sociais; a saúde é determinada pelos padrões sócio-culturais, políticos e econômicos de uma dada população; a saúde compreende pelo menos as seguintes áreas: educação sobre problemas de saúde e suas formas de prevenção e tratamento; nutrição adequada; abastecimento de água potável e saneamento básico; assistência materno-infantil; imunização; prevenção de endemias locais; tratamento de doenças e traumatismos e disponibilidade de medicamentos essenciais.¹¹

No mesmo período, em 1974, um movimento liderado pelos canadenses, em consonância com o Relatório Lalonde¹², desenvolveu a compreensão da saúde conforme o tripé: biologia humana, ambiente e hábitos de vida em oposição à abordagem clínica (assistencialista e curativa). Embora seja um avanço conceitual, permaneceu, ainda, restrita à esfera individual, responsabilizando as pessoas por seus adoecimentos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986).

Adotando a abordagem social, na compreensão dos determinantes de padrões de vida defendida, em 1980, na Inglaterra, Sir. Douglas Black colocou em evidência a relação entre iniquidade social e indicadores de morbidade e mortalidade. Em 1981, o Canadá organiza sua Primeira Conferência Nacional de Saúde, reconhecendo o contexto socioeconômico como a determinação prioritária na escolha de estilos de vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1981).

A promoção à saúde passa a ser entendida como o conjunto das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros segmentos sociais e produtivos, direcionados ao desenvolvimento humano individual e coletivo, objetivando intervir nas

¹¹ Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde cujo produto foi a Declaração de Alma-Ata, realizada em 1978, após a trigésima Assembléia Mundial de Saúde, intitulada Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT) 2000, realizada em 1977. (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978)

¹² O informe Lalonde, divulgado em 1974 no Canadá, foi elaborado em resposta à necessidade de combater os custos crescentes da assistência médica e de fazer frente ao reduzido impacto da abordagem médica de doenças crônico-degenerativas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986).

iniquidades sociais¹³ e condições ambientais. Esta abordagem pretende superar o modelo centrado nas ações de acentuada medicalização individualista e culpabilizadora (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1981).

Em 1984, a Conferência Canadense intitulada *Alcançando Saúde para Todos* é um viés que introduz, no campo da saúde pública, dois novos conceitos: 1) o de *Política Pública Saudável* que evidencia a importância das políticas externas ao setor saúde para o delineamento da situação da saúde num determinado contexto, salientando, assim, a *intersectorialidade* da promoção da saúde; 2) o de *Cidade Saudável* que permite a valorização do empoderamento e da *participação* da comunidade na determinação da saúde, favorecendo as idéias de *descentralização* das decisões (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1984).

As concepções de intersectorialidade e participação comunitária, desde *Alma-Ata* e o reconhecimento da crise ambiental e seus impactos negativos sobre a saúde, possibilitaram a construção de saberes em direção à saúde ambiental (AUGUSTO, 2005), e que toda esta construção teórica serviu de campo fértil para a realização da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na cidade de Ottawa, em 1986, cuja promoção à saúde, desde então, pôde ser conceituada como:

Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. (...) 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 do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986).

A promoção da saúde visa à equidade da saúde da população, ou seja, reduzir as diferenças nos estados de saúde, garantindo oportunidade e recursos para todos. Para isto, busca assegurar à população: ambientes saudáveis, informação, experiências, habilidades na vida e condições de fazer escolhas por uma vida mais saudável, adequando assim, suas estratégias de ação às diversas realidades sociais, culturais e econômicas de cada localidade (BRASIL, 2001).

Nesta perspectiva, a saúde é descrita como uma prioridade do poder público, cuja responsabilidade estatal pela promoção da saúde implica na proposição de políticas públicas,

¹³ Consideradas ‘desigualdades injustas’ que as ações na perspectiva da Promoção da Saúde em ‘desigualdades justas’, isto é em ‘equidades’ Equidade social, entre grupos e indivíduos, são definidas por Whitehead (1990) como iniquidades preveníveis, injustas e desnecessárias, as quais ressaltam as dimensões ética e moral do conceito.

norteadas pela busca de melhores condições de vida dos sujeitos, considerando suas possibilidades de trabalho, lazer, cultura, higiene, educação, enquanto o conjunto de aspectos que configuram as circunstâncias do sujeito na complexidade de sua existência (BRASIL, 1988). Neste percurso, uma série de novos encontros, documentos e relatórios, apresentados a seguir, foram construídos, a fim de consolidar e ampliar este novo olhar para a saúde.

Em 1988, em Adelaide, Austrália, realizou-se a Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que se centrou na discussão sobre Políticas Saudáveis, caracterizadas como políticas públicas de qualquer setor que tenham como preocupação explícita a promoção de ambientes e relações sociais favoráveis ao desenvolvimento saudável das pessoas. Defendeu-se não apenas seu valor social, mas também foram defendidos os benefícios econômicos, em longo prazo, que a adoção planejada em curto prazo de políticas públicas saudáveis produz (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1988).

Em 1991, em Sundsvall, Suécia, realizou-se a Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde cujo título foi “Ambientes Favoráveis à Saúde” e como o próprio nome evidencia o foco de discussão esteve na promoção de ambientes promotores de saúde. No contexto da saúde, o termo “ambientes favoráveis” refere-se ao aspecto físico e ao social do nosso entorno. Este termo envolve os espaços nos quais as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu trabalho e lazer. Também, engloba as estruturas que determinam o acesso aos recursos para vivenciar as oportunidades para ter maior poder de decisão. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1991)

Contemplados pela concepção de ambiente e promoção de saúde, nesta Terceira Conferência foram sublinhados quatro fatores relevantes para a construção de ambientes favoráveis: 1) no campo econômico, faz-se *mister* a necessidade de investimentos e recursos tecnológicos para a promoção da saúde; 2) na dimensão política, evidencia-se a necessidade da participação social, da descentralização de recursos e do poder decisório e do cumprimento dos direitos humanos para consolidar ambientes favoráveis; 3) na dimensão social que, por sua vez, revela como valores e costumes sociais podem interferir na qualidade das relações sociais e, conseqüentemente, na promoção da saúde; 4) na valorização da participação feminina, no processo decisório social e do compartilhamento com os homens de sua carga de trabalho acumulada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1991).

Ainda em Sundsvall, defendeu-se a educação da população como um direito básico humano e principal estratégia de mudanças políticas, econômicas e sociais tão necessárias à

garantia de saúde para todos. Obtém-se, assim, a valorização de aspectos socioculturais e simbólicos, como cultura, classe social e relações de gênero, que estruturam as relações sociais, constroem realidades e, por conseguinte, interferem na promoção da saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1991)

A estratégia de implementação destas formulações na América Latina, em 1992, foi concebida na cidade de Santafé de Bogotá, na Colômbia, mediante uma Conferência Internacional, cuja declaração ratifica o reconhecimento da relação de mútua determinação entre saúde e desenvolvimento, destacando-se a necessidade de superação das condições de pobreza, sofrimento e enfermidades, sobrepostas aos efeitos dos processos de urbanização e industrialização desordenados, que produzem iniquidades de saúde de graves proporções, e conseqüentemente implicam no fortalecimento da proposição de políticas públicas saudáveis. Com o discurso de ser necessário colocar os propósitos sociais à frente dos interesses econômicos, propõe o fortalecimento da capacidade organizativa e participativa da população, assim como promovendo o empoderamento feminino e a ampliação da noção de profissionais da saúde a condição de uma categoria cujos compromissos são mais amplos e intersetoriais do que aqueles cujos profissionais estão envolvidos apenas nas atividades assistenciais. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1992)

Na cidade do Rio de Janeiro, no Brasil, em 1992, realizou-se a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, a RIO-92, quando foi proposta a Agenda 21, a mais importante conferência realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em todos os tempos. Ela foi assim nomeada, porque se remete às preocupações com o nosso futuro, agora, a partir do Século XXI. Este documento foi assinado por 170 países, inclusive o Brasil, anfitrião da conferência, quando foi estabelecida uma verdadeira parceria entre governos e sociedade. É um programa estratégico, universal, com o intuito de alcançar o desenvolvimento sustentável no Século XXI e pode contribuir para o estabelecimento de alianças Pró-Saúde e a introdução de inovações na gestão pública, em torno de processos como a intersetorialidade e as políticas públicas saudáveis. No entanto, o Brasil só constituiu uma comissão para uma estratégia de Desenvolvimento Sustentável no ano de 1997 e, apenas em 2001, às vésperas da Conferência Mundial do Desenvolvimento Sustentável, realizada em 2002, em Joanesburgo, é que o Brasil elabora uma proposta de Agenda 21, mediante um documento escrito por consultores e submetido a um processo de Conferências Estaduais, concebida sem muita mobilização social (BUSS, 2000, 2003).

Posteriormente, em Jacarta, Indonésia, foi realizada, em 1997, a Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, cuja abordagem temática central foi “Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI”. Esta foi a segunda conferência realizada num país em desenvolvimento e a fazer a inclusão do setor privado no processo de promoção da saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997)

Nesta Conferência, dentre as cinco prioridades para o campo da promoção da saúde, nos próximos nove anos, foi definida também como uma prioridade para a promoção da saúde, a promoção da responsabilidade social, tanto no âmbito público, quanto no privado, que devem assumir o mesmo compromisso, ou seja, o de desenvolver políticas que não sejam prejudiciais à saúde dos indivíduos, e que também assegurem o uso sustentável dos recursos naturais, protejam a sociedade de explorações no mundo do trabalho e do mercado, restringindo, inclusive, a produção e o consumo de substâncias nocivas (BRASIL, 2001; BUSS, 2000; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997).

Nesta ocasião, foram ainda definidos como pré-requisitos para a saúde os seguintes itens: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade, destacando-se que a pobreza identificada como a principal ameaça à saúde, questão de destaque desde a conferência de Alma-Ata (BRASIL, 2001, 2002; BUSS, 2000).

A participação social também se constituiu foco deste documento, o qual evidenciou a importância da instrução prática, do treinamento em liderança e do acesso a recursos, que permitam à sociedade de se organizar e conquistar voz e poder de decisão acerca da política a ser desenvolvida, tornando-a não um mero alvo das ações, mas a formuladora das mesmas. Compreende-se a promoção de saúde enquanto um processo que possibilita as pessoas de cuidarem de sua saúde de forma positiva e autônoma. (BRASIL, 2001)

Ainda naquele ano (1997), em Halifax, na Nova Escócia no Canadá, foi realizada uma Conferência com abordagem temática primordial centrada na mudança global, fazendo-se necessária toda uma nova estrutura global para o desenvolvimento humano sustentável, em que o setor saúde foi considerado apenas um dos atores no desenvolvimento da saúde da população e a Ação Intersetorial para a Saúde (AIS), dada a complexidade dos determinantes sociais que envolvem e foi reconhecida como componente essencial de toda e qualquer

estratégia de implementação da condição de saúde humana no século XXI (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997).

No ano seguinte (1998), em Genebra, na Suíça, ocorreu a constituição da Rede de megapaíses para a promoção da saúde, unindo nações que até o ano de 2000 deveriam ter 100 milhões ou mais de habitantes, refletindo a necessidade deles discutirem e traçarem diretrizes para a promoção da saúde em ambientes extremamente populosos, independentemente de serem países desenvolvidos ou emergentes. Foi elencada uma série de fatores que aliados ao processo de globalização vêm afetando negativamente o desenvolvimento global da saúde, tais como: expansão de agentes tóxicos, substâncias lícitas e ilícitas, armas e produtos insalubres; crescimento populacional e mudanças demográficas; duplo impacto de doenças transmissíveis e não transmissíveis sobre os custos da saúde; degradação do meio ambiente; aumento do livre comércio; urbanização e isolamento rural; a desigualdade na distribuição das rendas; baixo status social das mulheres; transformações nas características dos sistemas de apoio social; desenvolvimento da comunicação e aumento da violência, conflitos e catástrofes. (BRASIL, 2001)

Assim, caberia como meta para esses países, o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde consoante a transformação dos estilos de vida pouco saudáveis, centrando as políticas no curso da vida do sujeito, priorizando populações estratégicas, como mulheres, crianças, adolescentes e idosos, e tendo como pano de fundo a preservação do meio ambiente e a preservação de assentamentos, como escolas, locais de trabalho e comunidades.

Realizou-se a Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 2000, na Cidade do México, quando foi reforçada toda a construção das orientações, ratificando concepções e compromissos, como: o reconhecimento da saúde como o principal elemento para o aproveitamento da vida e requisito necessário ao desenvolvimento social, econômico e à equidade; o reconhecimento de que a promoção da saúde é uma responsabilidade central dos governos, compartilhada pelos diversos setores da sociedade; permitindo a conclusão de que a promoção da saúde deve ser o objetivo primordial de todas as políticas públicas a serem desenvolvidas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

E, por fim, a Sexta Conferência de Bangkok, em 2005, considerando as estratégias para a promoção da saúde num mundo globalizado, coloca que as intervenções efetivas para a construção de um mundo mais saudável requer forte ação política, ampla participação e advocacia sustentável. Cobra-se que o repertório de estratégias comprovadamente eficazes,

definidas desde Ottawa, precisa ser integralmente utilizado e, para a obtenção de mais avanços na implementação destas estratégias, todos os setores e meios precisam contribuir para: advogarem pela saúde, fundamentados nos direitos humanos e na solidariedade; investirem em políticas sustentáveis, ações e infra-estrutura para atuarem nos determinantes da saúde; produzirem capacidades para crescimento de políticas, liderança, prática de promoção da saúde, transferência de conhecimento, pesquisa e conhecimentos básicos de saúde; regularem e legislarem para assegurar um alto nível de proteção de agravos e criarem oportunidades iguais de saúde e bem estar para todas as pessoas; construírem parcerias e alianças com organizações públicas, privadas, não governamentais e sociedade civil com o objetivo de criar ações sustentáveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

Assim, no Brasil, pretende-se fomentar a estratégia Cidade Saudável viabilizada pelas ações do Comitê gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde e da CNDSS, através da articulação de um grande conjunto de seus atores sociais – governo, partidos políticos, instituições públicas e privadas, sindicatos, associações, ONGs, famílias e indivíduos – para orientarem suas ações no sentido da produção coletiva da saúde, construindo uma rede de solidariedade com o objetivo comum de melhorar a qualidade de vida da população de suas cidades.

Apropriando-se das recomendações da Carta de Ottawa, toma como referência a Divisão de Promoção e Proteção da Saúde da Organização Pan-Americana da saúde apresentando, em 1994, uma lista de indicadores de saúde e bem-estar em municípios saudáveis. Foram selecionados três grupos de indicadores: o primeiro grupo é de indicadores dos determinantes da promoção da saúde que tem por critérios: compromisso político, criação de ambientes saudáveis, organização e participação comunitária, desenvolvimento de atitudes pessoais e reorientação dos serviços de saúde; o segundo grupo de indicadores dos determinantes da saúde consta do ambiente físico, demográfico, social e econômico; biologia humana; estilo de vida e conduta e serviços de saúde. O terceiro grupo é dos indicadores do estado de saúde - saúde subjetiva, saúde objetiva – mortalidade, morbidade, invalidez (OCHOA *et al.*, 1994).

Inspirado em todos estes fóruns e definições, o modelo ecológico das comunidades saudáveis, proposto por Hancock (1999) para os anos 2000, reorganiza os vários conceitos e os agrupa em três principais determinantes da saúde, ou seja, o social, o ambiental e o econômico. E norteados pela inter-relação entre estes setores criam-se sete classes de

indicadores para monitorar os avanços na saúde e para o bem estar de uma comunidade: a viabilidade, a habitabilidade, a convivência, a equidade, a prosperidade, a durabilidade e os próprios indicadores de saúde.

Segundo Bujold (apud CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 2002, p. 6), neste modelo, propõem-se os seguintes indicadores:

Para o meio ambiente se propõe três indicadores: comunidade viável ou salubre faz referência ao meio ambiente natural; a comunidade sustentável, na interseção do meio ambiente com a economia, está relacionado com o meio ambiente explorado pelo ser humano, na sua atividade econômica; a comunidade habitável, na interseção do meio ambiente com o social, está relacionado com o habitat humano: a aldeia, o bairro, cidade. Três outros grupos de indicadores pertencem à economia: a comunidade durável, já referida, a próspera está relacionada com a produção de bens e serviços no setor da economia; a comunidade equitativa, na interseção da economia com o social, está relacionada com a distribuição equitativa da riqueza produzida dentro e pela comunidade. Outros três grupos de indicadores pertencem ao social: a equidade, e habitabilidade, antes relacionados e a convivência, esta última está relacionado com o feito de “viver com”, à vida numa comunidade – os membros da comunidade vivem juntos, em harmonia, participam plenamente da vida de sua comunidade e têm acesso a redes de apoio social necessárias à sua boa saúde e o seu bem estar. E, por fim, deve-se trabalhar com os indicadores clássicos de saúde positiva e negativa, já conhecido tradicionalmente (CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 2002, p.6).

Para o desenvolvimento humano como eixo norteador nesta proposta, Hancock propõe um capitalismo ético e ecológico e que integra quatro dimensões que se sobrepõem: o capital natural (água, ar, fauna selvagem, natureza, pesca, floresta, terras agrícolas, energia, minas e os outros recursos que são fonte de riquezas); o capital social (a família, a vida comunitária, as redes de apoio naturais e sociais, as políticas sociais, os serviços sociais formais e as instituições); o capital econômico (as infra-estruturas físicas; serviços públicos, as auto-estradas, os investimentos e a atividade econômica etc.) e o capital humano, que é o centro do modelo como alvo último de desenvolvimento (o nível de saúde, de educação, de capacidade para a inovação, de criatividade e de estima própria dos indivíduos) (CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 2002).

Assim, a saúde ou a qualidade de vida saudável está no centro como finalidade de tudo, é uma proposição saudecentrista, porém Hancock vai além e, enquanto promotor da saúde, muda de paradigma – o terreno agora é o da sociedade civil e propõe quatro tipos de desenvolvimento: o desenvolvimento social, o desenvolvimento econômico, o desenvolvimento natural ou durável (a conservação do meio ambiente) e coloca no centro o

desenvolvimento humano integral (CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 2002).

Portanto, o alvo neste modelo, agora, não está só na saúde, mas no desenvolvimento integral de cada ser humano na comunidade. Para muitos, o conceito de saúde está preso aos serviços curativos ou de atenção da saúde, cabendo a afirmação de que todos os que estão preocupados com questões sociais, econômicas, ambientais, sentir-se-ão mais comprometidos com um modelo centrado no desenvolvimento integral da pessoa humana, da comunidade ou da sociedade. A saúde é só uma das dimensões, muito importante, para o desenvolvimento humano integral, juntamente com a educação, a cultura (HANCOCK, 1999).

Hancock propõe abandonar a visão estreita de capitalismo em detrimento da adoção de um capitalismo ético e ecológico que integra quatro dimensões que se sobrepõem, a saber: o capital natural (água, ar, fauna selvagem, natureza, pesca, floresta, terras agrícolas, energia, minas e os outros recursos que são fonte de riquezas); o capital social (a família, a vida comunitária, as redes de apoio naturais e sociais, as políticas sociais, os serviços sociais formais e as instituições); o capital econômico (as infra-estruturas físicas; serviços públicos, as auto-estradas, os investimentos e a atividade econômica etc.); o capital humano, que é o centro do modelo como alvo último de desenvolvimento (o nível de saúde, de educação, de capacidade para a inovação, de criatividade e de auto-estima dos indivíduos) (CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 2002).

Este é o contexto das formulações sobre promoção da saúde e do desenvolvimento humano integral que as políticas públicas, atualmente, propõem-se a trabalhar, portanto constituindo-se o paradigma sobre o qual a análise da política deve ser realizada cujo foco situa-se no social e se orientará para os aspectos da convivência e dos capitais social e humano.

Apesar desta proposição do autor canadense, faz-se necessário diferenciar, a fim de direcionar a atenção aos processos que verdadeiramente podem causar impacto na qualidade de vida, por isso que Villasante (2005) defende que os problemas começam quando a capacitação em relações sociais se rotula de “capital”. Para ele, esta linguagem econômica não parece inocente, inserindo nas conversações a importância das habilidades relacionais e sociais que contribuirão para a acumulação de capital. Ao igualar estas capacidades às da matéria prima ou do capital monetário, faz-se uma redução desses valores que, em princípio, não eram econômicos. Para este autor:

Não parece razoável pensar que a maioria das pessoas que se associam em uma atividade voluntariamente o façam pensando que se está capacitando para montar uma empresa, por exemplo. É certo, e há dados de que, quem vem passando por esta educação associativa pode estar formado para tarefas do tipo econômico ou não. Porém, não se pode deduzir que venham pensando nas associações como trampolim para seu progresso pessoal. E, levando ao pé da letra o que quer dizer ‘capital’? Algumas pessoas poderiam justificar esta orientação mais individualista. Seria como dinheiro? Um capital acumulável que se pode ir somando para poder dar, em algum momento, conta de quanto se tem? Não parece sensato nem que as pessoas venham às associações buscando isto geralmente, nem que se pode pensar em um sistema de contabilidade e acumulação do tal capital social. As relações, e o que se vai apreendendo nestas relações sociais não tão individualistas, é que o que se pode fazer é dar mais atenção ao qualitativo (2005, p.3).

Adotando-se um questionamento mais contundente, o autor recomenda um olhar sobre as aplicações concretas destes conceitos tão na moda e sugere a observação destas experiências nas áreas onde estão sendo vivenciadas, lugar a lugar dos distintos “planejamentos participativos e estratégias situacionais” (VILLASANTE, 2005, p.3).

Tal formulação, para ele, significa dizer que, em escala geral, há esquemas de referência que permitem repensar que outro mundo possível, porém há de buscar nas experiências concretas, uma a uma, em suas pluralidades de situações complexas e diversas entre si, cujo modo de atribuir forma a todos estes mundos emergentes, reside na descoberta de metodologias adequadas com a finalidade superar os objetivos gerais para as realizações práticas. Seria esta a única forma de tentar insistir em que são os caminhos rigorosos da construção coletiva do conhecimento e da ação os que nos podem ir aproximando da sistematização da aprendizagem de que necessitamos, ressaltando que a experiência do orçamento participativo de Porto Alegre, no Brasil, tornou-se conhecida como um símbolo mundial alternativo que não se deve ao fato do seu programa ser muito radical, e sim porque eles têm sido capazes de levá-lo à prática com a participação de sua população. O programa do Partido dos Trabalhadores, no Brasil e nos programas de outros partidos, inclusive na Espanha, há anos figura como a proposta de *Presupuesto Participativo* porém, em muitas outras partes do Brasil, ou não tem funcionado tão bem, ou simplesmente não se tem atrevido a tirá-lo do papel (VILLASANTE, 2005).

Para o autor, o que confere credibilidade, hoje, não é levantar uma bandeira um *slogan*, porém ser capaz de realizar o planejado, encontrando formas práticas para que se possa avançar entre os diferentes setores implicados da sociedade. Isto é, valorizar mais a qualidade das pessoas e dos grupos, do que quantificar as vezes que se pode ver ou falar umas

com as outras. Assim, as mediações do que se vê neste campo podem ser muito superficiais e não adentrar, mais precisamente, no que seria mais significativo para o progresso de uma sociedade.

Assim, questiona:

Como dizer quanto capital social há em uma localidade? Esta informação pode ser do tipo permanente ou acumulável, se pode somar e acumular como os números? Todos sabemos que dificilmente isto se pode medir assim. Em todo caso se trata de levar em conta a profundidade dos ambientes que se vai criando ou desfazendo. O capital social, como pode dar conta das contradições internas de cada localidade? Porque sabemos que não se trata de que cada comunidade tem um líder e tem uma estrutura clara de relações e capacidades. O habitual é uma série de relações muito complexas e mutantes entre redes díspares dentro de cada situação (VILLASANTE, 2005, p.3).

Portanto, falar de capital social deste ou daquele lugar parece induzir a que existe uma estrutura ao menos simbólica, um tanto simplificada e, talvez, hierarquizada, para ser unitária. Como se cada identidade comunitária fosse clara e distinta de todos os membros e as relações que se produzem nela estivessem contribuindo para mantê-la, tendo em vista que se sabe pela simples experiência cotidiana dos conflitos que são as relações sociais de todos os tipos. E, por fim, o autor argumenta que é muito bom que um capital social transformador se enfrente com um capital social mais conservador e questione: ou é indiferente qual seja a sua orientação?

Villasante (2005), frente aos aspectos contraditórios do termo *capital social*, propõe *redes criativas ou conjuntos de acción*, redes para uma vida melhor, estilos para desfrutar e alegrar-se com a criatividade social, defendendo assim, que não se trata de inventar um novo conceito e de abandonar o manejo do capital social para que os poderosos possam manipulá-lo como queiram. Ao contrário disto, recomenda que se deve preencher de conteúdos práticos e teóricos o que se está postulando e não deixar se desenvolver disputas estereis só por nomes.

A propósito disso, defende:

Se tivermos boas práticas emancipatórias com os setores populares, podemos chamá-las como quisermos e não nos equivocaremos. Porém, quando não há tais práticas, devemos propô-las, pelo menos, como entrada e tratar de realizá-las. Se para isto se pode fazer elegendo o nome mais apropriado será questão de construí-lo adequadamente e participativamente, também. Mas, se vai dificultar muito a tarefa, uma disputa pelo sentido teórico do que significa capital social, abandonemos a disputa de nomes e vamos por mãos a obra (VILLASANTE, 2005, p.5).

Assume-se, nesta tese, o mesmo posicionamento de Villasante (2005), tentando-se descobrir a evidência do que ocorre, atualmente, no Brasil, frente à referida política e constatam-se duas iniciativas para o enfrentamento das iniquidades sociais e a busca da qualidade de vida da população. Uma, em 2005, quando o Ministério da Saúde definiu uma agenda de compromissos pela saúde, a partir da agregação de três eixos: o pacto em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o pacto em defesa da vida e o pacto de gestão, como também, foi criado um comitê gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde coordenada pelo Ministério da Saúde e, em 2006, uma Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). O comitê, de caráter intersetorial, elaborou a Política Nacional de Promoção da Saúde e uma agenda com o objetivo de alcançar um grande avanço na sua própria institucionalização (BRASIL, 2007).

O processo de constituição da CNDSS, por intermédio do decreto presidencial de 13 de março de 2005, cuja formação contempla um grupo de dezessete especialistas e personalidades da vida social, econômica, cultural e científica do país, nomeada pelo Ministro da Saúde, é norteada pelos objetivos citados a seguir: identificar precisamente as causas de natureza social, econômica e cultural da situação de saúde da nossa população; identificar políticas públicas de saúde e extra-setoriais, assim como iniciativas da sociedade que ajudem a enfrentá-las, a fim de garantir uma maior equidade e melhores condições de saúde e qualidade de vida aos brasileiros.

A constituição da CNDSS expressa o reconhecimento de que a saúde é um bem público a ser construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira, considerada uma iniciativa de grande importância ética e humanitária.

Assim, no Brasil, pretende-se fomentar a estratégia Cidade Saudável, através das ações do Comitê gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde e da CNDSS, da articulação de um grande conjunto de seus atores sociais – governo, partidos políticos, instituições públicas e privadas, sindicatos, associações, ONGs, famílias e indivíduos – com o propósito de orientarem suas ações visando à produção social da saúde, à construção de uma rede de solidariedade com o sentido comum de melhorar a qualidade de vida da população de suas cidades.

Considera-se que os principais pilares de uma iniciativa de municípios e cidades saudáveis é a intersetorialidade e a participação social, fundamentados na sustentabilidade desses processos (FRANCO DE SÁ *et al*, 2005; OULLET; FORGET; DURAND, 1994).

Assim, uma das categorias analíticas deste estudo de políticas será a intersetorialidade, desenvolvida como próximo tópico.

1.2. INTERSETORIALIDADE E A INTEGRALIDADE PARA UMA POLÍTICA PÚBLICA SAUDÁVEL

As políticas públicas, com o intuito de nortear soluções para a problemática social, compreendem estratégias de grande relevância para o enfrentamento das necessidades e o desenvolvimento de ações sistemáticas, institucionalizadas para esse fim e estruturadas numa rede de determinantes que delinearão os caminhos a serem trilhados. Nesse contexto, participam dessa rede diversos atores, norteados por diferentes interesses e poder de barganha político-econômica, como também a negociação de concepções de mundo, estratégias de ação e campos de luta por direitos e deveres sociais. É uma disputa de saberes e interesses, travada em campo político, permeada por aspectos socioeconômico-culturais. Porém, no contexto atual de um mundo globalizado¹⁴, importantes modificações das relações internacionais e dos componentes ideológicos, técnicos e culturais, na administração dos Estados, expressam-se na falta de legitimidade de princípios da ação pública. Os planos, programas de desenvolvimento, independentemente de sua origem política ou orientação ideológica, apresentam uma uniformidade de métodos e estilos de trabalho, fórmulas e procedimentos globais. As práticas são fortemente setorializadas, limitando o desenvolvimento de programas integrados, gerados mediante contexto local, cuja demarcação metafórica da Nação e sua administração nacional estão emergindo como uma barreira, já que esta mudança não se realiza por decreto, mas como um complexo processo de mudança cultural (ROMERO; YÁÑEZ, 2006, p.401).

Para Beck, o termo globalização, sociedade global ou sistema mundo não aponta necessariamente para o fim da política. Todavia, é uma saída política, enquanto marco categórico do Estado nacional, diferenciado dos demais por se caracterizar como um processo

¹⁴ Segundo Giddens (1991), define-se como processo dialético de intensificação das relações sociais que, em escala mundial, interligam localidades distantes, de tal maneira, que acontecimentos locais são modelados por eventos ocorridos a grandes distâncias e vice-versa.

de transformação, nas condições e relações sociais, que surge em consequência das profundas mudanças nos diversos setores: da informática; dos meios de comunicação e do novo perfil que este setor desempenha na construção da identidade coletiva; das novas condições de acessibilidade ao sistema mundial de transportes; da mundialização da economia financeira, segundo a exposição da economia nacional aos irracionais movimentos das bolsas do planeta, das novas concepções semânticas, atribuídas à idéia de cidadania, nos vínculos de identidade com os quais opera a atual geração dos blocos político-econômicos (BECK, 2004, p.15).

Neste contexto, ações intersetoriais, como prática sistemática, emergem como pertinentes, ou método adequado, mediante as quais se geram ações de produção de informação integral, práticas transdisciplinares e articulação de atores para a intervenção de um determinado fenômeno sustentável, consoante uma readequação dos limites institucionais centralistas das administrações nacionais (ROMERO; YÁÑEZ, 2006, p.400).

A intersectorialidade, mais que como um princípio, deve ser trabalhada como prática concreta a ser estabelecida, um problema a ser enfrentado, um desafio a ser conquistado (FERNÁNDEZ; MENDES, 2007) que se distingue como *o processo no qual objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores* (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1992). Assim, a intersectorialidade pretende superar a visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas e na organização do setor saúde. Significa adotar uma perspectiva global para analisar o *campo da saúde*, e não apenas do *setor saúde*, incorporando o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de políticas públicas, como a educação, trabalho e renda, meio ambiente, habitação, transporte, energia, agricultura etc., como também sobre o contexto social, econômico, político, geográfico e cultural em que a política atua.

Essas áreas interagem entre si e com a área da saúde e, conjuntamente, utilizam recursos da sociedade, influenciando na qualidade de vida e nas demandas sobre os serviços de saúde. No processo de ação intersectorial, é necessário obter conhecimentos, tanto sobre os antecedentes, ou seja, os valores que levaram à formulação de determinada política, quanto sobre o impacto que cada política setorial tem sobre o problema que se quer enfrentar para resolvê-lo, no que concerne à população. Outrossim, a adoção da perspectiva global supõe, ainda, conhecer a complexidade das vinculações intersectoriais presentes em cada problema,

objeto da política pública que se quer implementar (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1994).

Assim, a ação intersetorial pode questionar as conseqüências das diversas políticas sobre a situação global da população acerca de um determinado problema concreto, considerado em determinado território. E, forjar um Estado que opere a lógica da ação pública intersetorial, supõe-se implementar uma nova institucionalidade social (COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE, 1998), entendida como o conjunto de organismos estatais encarregados do desenho, coordenação, execução e financiamento das políticas sociais.

Uma nova institucionalidade pública e estatal depende da configuração de uma autoridade social ou do conjunto dos responsáveis pelas políticas sociais, que coordene as políticas intersetoriais, ou outros arranjos institucionais em torno de planos de desenvolvimento. Tal autoridade social deve ocupar posição semelhante, na estrutura de poder, a das autoridades econômicas, cujas funções de planejamento e execução sejam claramente definidas, além de recursos financeiros garantidos na partilha orçamentária. Essa coordenação social busca articular programas sociais dispersos entre instituições, responsáveis pelos diversos âmbitos da política social.

Diversos países no continente procuram continuamente desenhos institucionais que articulem instâncias governamentais intra e intersetorialmente com a sociedade civil. No que se refere aos países de estrutura federativa, como o Brasil, torna-se necessária também a coordenação entre os diversos níveis administrativos e os setores sociais.

Um enfoque deste tipo reclama inevitavelmente a criação de redes interinstitucionais e uma nova cultura organizacional, aberta e horizontal, tornando-se imprescindível, ainda, aprimorar a qualidade dos recursos humanos envolvidos, bem como o fomento de novas formas de relações e comunicação entre os distintos âmbitos estatais (COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE, 1998).

As experiências em desenvolvimento na América Latina são recentes, e estão em desenvolvimento. Por isso, não dispõem, ainda, de avaliações conclusivas acerca deste novo modo de funcionamento estatal. Recentemente, no Brasil, uma série de experiências de gestão pública e mobilização social suscitou a implementação de uma perspectiva de ação intersetorial, rotulada como Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS) (AKERMAN, 2006; COMUNIDADE SOLIDÁRIA, 1998). Consta que também está em

curso, no país, a proposta da Agenda 21, concebida como construção social de uma *agenda de desenvolvimento*, que cuida de sua sustentabilidade em termos ambientais, não apenas constituindo-se uma *agenda verde* (CONFERÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO, 1992).

As administrações locais podem propugnar pela adoção da intersectorialidade e de uma nova institucionalidade social, no contexto do desenvolvimento local e da Agenda 21, contribuindo efetivamente para a construção teórica e prática dessas propostas, viabilizada pela estratégia dos municípios saudáveis, enquanto um modelo de articulação na formulação e implementação de políticas em prol de uma ação intersectorial.

As definições sobre *políticas* historicamente variam e dependem de uma percepção setorial ou transectorial das condições em que elas serão aplicadas. Deste modo, a abordagem setorial está centrada na premissa de que aspectos particulares da atividade humana, dissociados, receberão atenção segmentada e em diferenciadas esferas, como: educação, saúde, habitação ou assistência social individual para atuação de profissionais isolados. Já a abordagem transectorial adota uma visão includente e integrada aos temas mais amplos, dentre os quais se detectam as preocupações setoriais arraigadas à questão social, em detrimento de intervenções puramente econômicas, vistas como determinantes complementares do desenvolvimento humano. Esta questão exige formas de intervenção mais efetivas, as quais não se podem restringir aos limites dos setores, face à natureza das necessidades e, principalmente, devido à complexidade de seus determinantes (FLEURY, 1994, p.43; MENDES, 1999; PAIM, 2002).

Faz-se *mister* diferenciar política integral daquelas que, em princípio, caracterizam-se pela gestão compartimentalizada de problemas, pela problematização setorializada, por desenhos de intervenção fragmentária e pela debilidade de coordenação entre os diferentes atores envolvidos. Assim, justamente, nos governos locais, é que essa fragmentação se faz mais presente, quando as ações se territorializam e finalmente se encontram com os seus beneficiários (AUGUSTO, 2003; FERNÁNDEZ, 2006).

Alguns estudos, a saber: Raczynsky (2001); Coraggio (1999); Espinoza (1999) explicitam que, desde a década de 90, na América Latina, esboça-se um paradigma de política social, cuja expressão prática é um determinado modelo de gestão pública que explicita este perfil atual das políticas públicas. Para Coraggio (1999), este paradigma se caracteriza como “Novas Políticas Sociais” (NPS), impulsionadas decisivamente pelo Fundo Monetário

Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial, forjadas no marco de modelos e critérios macroeconômicos, de vertente neoclássica e em um programa político de reengenharia institucional, amistoso para o mercado. Neste, emprega-se gestão ao invés de planejamento, incorporando a retórica da participação, muitas vezes, como fator de redução de custos, como trabalho voluntário ou não-remunerado. A avaliação centra-se em resultados, em critérios de custo/eficiência e se enfatiza a descentralização e a terceirização de serviços sociais para organismos intermediários ou Organizações Não-Governamentais (ONGs). Setores prioritários para as NPS, como a saúde pública e a educação são igualmente submetidos a critérios de eficácia próprios das empresas, que não são avaliados pela qualidade de seus processos, mas pelos seus resultados apresentados, tendo como exemplo, no Chile, a prova *Sistema de Medición de Calidad de la Educación* (SIMCE), que consiste na aplicação anual de uma prova, em âmbito nacional, para todos os alunos¹⁵; já, no Brasil, consubstanciou-se o Provão como o Exame Nacional de Cursos (ENC – Provão), aplicado aos formandos, no período compreendido entre 1996 a 2003, cujo objetivo consistia na avaliação dos cursos de graduação da Educação Superior, a fim de mensurar os resultados do processo ensino-aprendizagem¹⁶

Como parte constitutiva do ajuste fiscal estrutural do Estado, em sua redefinição de relação de subordinação ao mercado, o objetivo estratégico das NPS é a criação de um mercado de programas sociais em que múltiplas iniciativas possam competir por recursos e clientes/beneficiários.

Exemplificando, podemos citar a privatização dos serviços públicos e sua conversão em negócios privados, nos quais a política social se limita a induzir subsídios cruzados a quem não pode pagar pelos serviços considerados indispensáveis, administrando-os de tal modo que o enfoque direciona-se à assistência nutricional, habitacional e da saúde. A expressão do mínimo de que resultam essas ações, acontece nos sistemas de seguridade social, onde a fixação do salário mínimo parece ser a única ferramenta em que o Estado pode influir (ROMERO; YÁÑEZ, 2006, p.63).

Portanto, os problemas da integralidade e das políticas locais se constituem numa dissonância entre a complexa realidade de caráter multidimensional e a forma como se

¹⁵ Informação de acordo com o endereço eletrônico do *Sistema de Medición de Calidad de la Educación* do Chile. (Disponível no endereço eletrônico: <<http://www.simce.cl>>).

¹⁶ Informação de acordo com o endereço eletrônico do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Disponível no endereço eletrônico: <<http://www.inep.gov.br/superior/provao>>).

desenham as políticas públicas, as quais são a maneira do Estado se organizar institucionalmente para enfrentar os problemas e desafios da realidade supracitada.

A existência, segundo Fernández (2006), de uma lacuna, de um conflito entre o mundo das políticas públicas e a natureza dos problemas abordados, converte-os em duas esferas desconexas e propõe trabalhar a integralidade das políticas em vários níveis ou dimensões, sendo uma delas aquela ligada às *práticas*, em que o *nó crítico* se refere aos instrumentos e aos limites institucionais do processo de descentralização; a outra, aquela ligada aos *conceitos* ou *paradigmas*, na qual os elementos se referem aos desenhos das políticas locais e a ausência de discussão, apontando o modelo de gestão vigente e sua correspondência com um paradigma de políticas sociais, cuja origem e sustento ideológico são possíveis de rastrear; e, finalmente, a última, que, em verdade, deverá ser considerada a base de tudo e se expressa transversalmente, ou seja, a dimensão da *epistemologia* do problema.

Assim, a qualidade do que se planeja depende tanto de suas próprias condições de projeto, quanto de suas relações com o entorno em que está inserido, ou seja, de sua integralidade e sustentabilidade. Esta última é entendida, neste contexto, não apenas como técnica que disponibilizará a manutenção das futuras gerações, mas, fundamentalmente, política, a qual, promovendo-se com a inclusão da população, simultaneamente garante a sustentação do projeto, dispondo-se ao processo de readaptação a futuras situações ambientais e sociais (VILLASANTE, 2006, p.355).

No campo da operacionalidade da ação intersetorial, a sustentabilidade é o grau mais elevado para que se proceda a uma boa avaliação de cada projeto, mediante a mudança que se constitui de critérios a cada geração. Para tal, os fóruns cívicos¹⁷ evidenciam-se como um bom exemplo, permitindo que se realize o seguimento com indicadores e índices locais adaptáveis, em cujos eventos, acontecimentos, a participação de todos os setores e da sociedade seja efetiva.

Para tanto, a melhor concretização, nesse terreno, é estabelecer comparações e seguimentos dentro de cada projeto e localidade e não entre localidades distintas. Os critérios devem ser renovados nos fóruns cívicos supracitados, em período também determinado, mantendo alguns índices de comparação interna, bem como introduzindo novos aspectos que

¹⁷ Conselhos, conferências e outros menos institucionalizados (oficinas e grupos de trabalho), em que a comunidade local possa acompanhar e avaliar os processos de enfrentamento dos problemas coletivamente assumidos.

não estão previstos, quando do início do projeto (HEWITT, 1998; VILLASANTE, 2006; 1996).

Ratifica-se o que defende Lima (2003, p.18), quando afirma que dependerá da habilidade dos movimentos da sociedade civil, em sentido amplo, congregar forças para estabelecer alianças e de liderar um processo que torne a filosofia da sustentabilidade para a intersectorialidade, em seu sentido mais avançado, uma alternativa de real desenvolvimento social.

Esta renovação já está em movimento nos subterrâneos da presente sociedade através de diversas iniciativas alternativas, atomizadas em diversos campos de conhecimento e atividade, embora ainda subsistam num plano não-dominante dentro do sistema global. Uma das tarefas estratégicas para os interessados numa mudança paradigmática está em pesquisar, relacionar – aqui destaca-se o papel das redes –, selecionar e multiplicar o potencial positivo dessas experiências já existentes, na resposta aos problemas aqui discutidos.

Assim, conduzindo-se a pesquisa como uma das tarefas estratégicas para as pessoas interessadas numa mudança paradigmática, quando se relaciona, seleciona e multiplica o potencial positivo dessas experiências já existentes em resposta aos problemas então discutidos. Por este lado do prisma, a presença da relação de interdependência, que articula qualquer sistema setorial ao sistema social global, proporcionando a exploração das sinergias capazes de promover experiências de vida e uma sociedade mais integrada e saudável, provoca a discussão da sustentabilidade política através das redes sociais e seus conjuntos em ação com o objetivo de subsidiar o trabalho ora proposto.

1.3 SUSTENTABILIDADE, REDES SOCIAIS E SEUS CONJUNTOS EM AÇÃO

No Brasil, o discurso da sustentabilidade ainda é pouco disseminado na literatura e nas práticas de um modo geral, mas é crescente a difusão do discurso da sustentabilidade, no contexto de um mundo globalizado, marcado por relações entre as esferas locais e globais e por relações de dependência político-cultural entre países de primeiro e terceiro mundo que

integram o sistema mundial, para os quais se recomenda a análise de seus significados e a avaliação de suas contribuições no debate brasileiro.

Villasante (2006, p.49) assume que, dependendo, os seus intercâmbios – quer dizer, objetos tomados enquanto capital; sujeitos, como poder; mensagens, como saber e tempo como história – podem tornar-se problemáticos devido a sua acumulação, tendo em vista que podem originar, desta forma, as doze pragas que estruturarão a análise da mundialização ou globalização e seus respectivos sintomas enfrentados como bloqueadores dos processos a serem trabalhados socialmente.

Assim, as pragas, relacionadas ao habitat e suas histórias, mostram a nossa relação com a natureza, a nossa forma de habitar os espaços onde vivemos, bem como os hábitos em função dos riscos organizados, do petróleo, da alimentação e da saúde. Expõem-se aquelas pragas, relacionadas ao trabalho, enquanto expressão da vinculação da economia com o trabalho e suas possíveis conseqüências, o aumento da pobreza e as superpopulações e a economia financeira que se contrapõe à produtiva etc. As pragas que estão ligadas ao poder, a forma de nos organizarmos e nos relacionarmos, a convivência com a violência social cotidiana, as guerras não declaradas e os estilos que carecem de democracia na condução das políticas ou os poderes da democracia das minorias. Finalmente, as pragas vinculadas ao fomento da cultura, ou seja, as patentes das culturas, a cultura da informação, como também as culturas e os valores perdidos (VILLASANTE, 2006, p.49).

A compreensão objetiva e subjetiva desses processos de esgotamento do modelo de desenvolvimento, experimentado nas últimas décadas, e a necessidade de uma nova concepção possibilitam a análise e a diferenciação do entendimento sobre o processo de desenvolvimento sustentável como expressão dominante no debate que envolve as questões de meio ambiente e de desenvolvimento social num sentido mais amplo.

Ao se referir à noção de sustentabilidade, é importante considerar que se trata não somente das fontes de recursos físicos, humanos e financeiros necessários à execução das políticas e das suas ações, conforme a visão oficial. Sustentabilidade, aqui contextualizada, significa o apoio, a base, o suporte político fundamental ao re-ordenamento desses recursos tão indispensáveis.

Assim, um ponto, considerado essencial, refere-se à decisão sobre as responsabilidades, as estratégias e o método de se obter tal desenvolvimento, sintetizada em três visões básicas: a de mercado, a estadista e a comunitária, que, por sua vez, resume-se em

duas grandes matrizes interpretativas, sobressaindo-se como tipos ideais¹⁸.

Sob o enfoque da visão comunitária, considera-se que as organizações da sociedade civil devem ter papel predominante na transição para uma sociedade sustentável, em que se concebe que sem democracia e participação social não há desenvolvimento sustentável. Desta forma, assim contextualizada, a visão interpretativa se coloca como um contradiscurso à versão oficial, que pode ser interpretada como uma concepção complexa ou multidimensional de sustentabilidade integrante de um conjunto de dimensões da vida pessoal e social. Esta matriz tende a considerar politicamente que a sociedade civil organizada deve ter um papel predominante na transição para a sustentabilidade social, não credita confiança na capacidade do mercado na condição de alocador de recursos e prioriza o preceito de equidade social, identificando-se com os princípios da democracia participativa (LIMA, 2003).

Para se compreender a complexidade da vida social cuja exigência de respostas das políticas locais, rápidas e eficazes, torna-se evidente a discussão sobre redes sociais apontadas como recurso decisivo, destinado a promover políticas de inserção e de participação ativa das populações locais, objetivando a promoção da cidadania e a democratização da vida local (MARTINS, 2004).

Para Villasante, as redes sociais são criativas e permitem entender que os paradoxos, vivenciados por estas situações, sejam precisamente as fontes de maior inovação. Assim, o fato de apresentarem contradições e incoerências dos sistemas dominantes é o que proporciona um maior número de soluções, tornando-se curioso e peculiar que não se trate de inovar do nada ou de idéias brilhantes, todavia das situações paradoxais que a realidade oferece no dia-a-dia; porquanto, as redes mesclam-se, em toda sua pluralidade e complexidade, não se permite a separação por setores temáticos, pois tudo está baseado nos critérios sinérgicos de construção conjunta do processo (VILLASANTE, 2005).

Desta forma, a estratégia pretendida é a de cooperação, cuja distribuição do poder caracteriza-se por sua pluralidade, à medida que compartilha com diversos atores os poderes de decisão e controle, como também de característica participativa, por considerar os implementadores da política, os atores da ponta, primordiais no que concerne ao que se pensa e decide acerca dela (ARAÚJO JR., 2000).

¹⁸ Weber criou o tipo ideal como um conceito a ser utilizado pelo método histórico, o das ciências humanas, para buscar o mesmo rigor científico utilizado nas ciências naturais, cujos conceitos eram unívocos e determináveis numericamente. Assim compreendido, o tipo ideal designa o conjunto dos conceitos que o especialista das ciências humanas constrói unicamente para os fins da pesquisa (WEBER, 1978).

Segundo Fontes (2004, p.121), a expressão “redes sociais” é trabalhada pelas ciências sociais qual instrumento de análise que permite a reconstrução dos processos interativos dos indivíduos e suas afiliações a grupos, de acordo com as conexões interpessoais construídas cotidianamente.

Para Simmel (1993), as interações sociais estabelecidas pelos indivíduos, ou ainda, os processos estruturadores das redes sociais são oriundos de certos impulsos ou função de certos propósitos, organizados em campos sociais que permitem localizar os indivíduos em uma estrutura social, assim como as potencialidades interativas entre eles.

Outros consideram a expressão “redes sociais” mais que um instrumento metodológico de análise de processos interativos. Seria uma teoria social, um conceito operado por instrumentos metodologicamente poderosos. Este ponto de vista não é corroborado por outros autores como Johnson, Wasserman e Galaskiewicz, para os quais, segundo Fontes (2004, p.122), não passaria de “assunções básicas estruturadas em um conjunto de proposições que estão interligadas e são capazes de serem testadas” e afirma que o ponto central de análise para os teóricos da rede social se traslada do âmbito *individual* (ator e unidade de análise) ou do *estrutural* (elemento explicativo dos processos de organização social) para as posições concretas dos indivíduos e das organizações em uma determinada sociedade em conformidade com os padrões de estrutura das *redes* em que estão inseridos.

A abordagem em rede, quando utilizada como instrumento de análise, destaca-se por contribuir para a superação das limitações das abordagens atomistas e mesmo sistêmicas das organizações. O modelo de rede é uma possibilidade de ruptura da divisão artificial entre ator e estrutura, entre firma e ambiente, permitindo superar a dicotomia entre ambientes internos e externos na análise organizacional (LOIOLA, 1996).

Martins (2004, p.22-23) ao colocar as redes sociais como um novo paradigma da sociologia, convida o leitor a compartilhar da exigência da complexidade que se esconde sob sua formalização conceitual e afirma que:

a teoria da rede social revela a preocupação de explicar o fato social não a partir da liberdade individual, mas de uma injunção coletiva que se impõe às vontades individuais [...] ao admitirmos que as relações sociais se edificam a partir de uma experiência que tanto escapa ao imperialismo da obrigação coletiva como ao relativismo da liberdade individual, então estamos admitindo que obrigação e liberdade são elementos de um paradoxo [...]. não são contraditórios, sendo apenas expressões polares da realidade complexa.

Admitir o princípio ou categoria do paradoxo subjacente à teoria das redes sociais configura-se como uma reafirmação de vários olhares, afirma Guatarri (1986), que a cartografia de desejos e de pulsações atravessa nos horizontes da vida social.

Já Martins entende que, ao se admitir a categoria conceitual do paradoxo nos estudos sociais, permite-se enfatizar as multideterminações do fato social, a variedade contraditória de motivações antropológicas que escapam a qualquer lógica de racionalidade instrumental, que são expressivas e dialógicas e indicam:

[...] que a desordem não constitui um mal a ser debelado para se afirmar o bem da ordem, como os modernos acreditaram, nem que existe apenas um modelo de ordem social possível, aquele da racionalidade instrumental moderna (2004, p.25).

Morin (1997) chama a atenção para as noções de ordem e de desordem, que em diferentes domínios, exigem mais instantaneidade, apesar das dificuldades lógicas que essas demandas colocam, bem como defende que elas sejam concebidas de modo complementar, constituindo-se, então, a missão da ciência como a incorporação da desordem em suas teorias, em contrapartida à idéia anteriormente defendida de sua negação.

Com a integração progressiva nas ciências sociais do princípio do paradoxo e o surgimento da rede social como construto teórico, estrategicamente pode-se observar as diferenças entre modelos organizacionais que expressam as possibilidades de formações de redes sociais que podem surgir da democratização da vida social do lado da sociedade e do sistema político e particularmente do estatal (MARTINS, 2004).

Em ação, estes atores conformam redes que, de acordo com os diferentes integrantes, são caracterizadas por certa tipologia que, conforme Martins, 2004, institui-se em diversos níveis. A rede sociotécnica se estabelece no interior dos sistemas organizacionais, públicos ou privados altamente regulamentados, visando a responder à necessidade de planejamento de ações intersetoriais complexas no setor estatal. A rede sócio-institucional, nos sistemas medianamente regulamentados, objetiva responder as demandas entre agências governamentais e não-governamentais no âmbito municipal e distrital. No entanto, no plano pré-político, as redes sócio-humanas/comunitárias são articulações entre os indivíduos, através de famílias, das vizinhanças, amigas e camaradagens (MARTINS, 2004). Nestas, e entre elas, é que se iniciam e indicam a forma das comunicações reticulares para um campo específico.

Assim, pode-se ter acesso à formação dos *quase-grupos* e de suas dinâmicas, ou seja, aos *conjuntos de ação* que serão centrais à proposta de estratégias nas *redes em situação* trabalhadas à luz da sociopraxis. Considera-se *conjuntos de ação* a dinâmica das redes, seus jogos que podem interligar tanto as redes globais ou redes sociotécnicas, quanto as locais ou redes sócio-institucionais, como também, ainda, as informais ou sócio-humana-comunitárias (MARTINS, 2004; VILLASANTE, 2005, 1996).

Segundo Villasante (2005), o que mais interessa são as relações entre as relações fortes e o fechamento destas em si mesmas por reciprocidade mútua e cumulativa, assim como as relações não recíprocas – débeis – e sua força potencial (GRANOVETTER; 1995). Contudo, isto acarreta um enorme jogo para uma possível reversão de estratégias nas diversas situações dos conjuntos de ação.

Todavia, deve-se estar consciente das próprias limitações que, às vezes, ocorrem nas análises reticulares, e uma primeira limitação ocorre em virtude da própria capacidade do jogo de redes e dos conjuntos de ação, que, por sua vez, decorrem dos hábitos construídos desde a família e nas demais instituições. Porém, este sistema reticular vai se entrecruzar com os *ecosistemas* que o condiciona prévia e externamente. Ou seja, as estruturas socioeconômicas por um lado e, por outro, a diversidade de projetos, ideologias, desejos sociais que são enfrentados em cada sociedade. Outra limitação se coloca, quando nos centramos mais nas relações do que nos indivíduos ou suportes destas, visto que estas redes devem-se tomar em seu conjunto, não se devem ser contadas quantas vezes se viu uma pessoa com outra, mas, a forma como se agrupam, o predomínio de umas sobre as outras, as tendências, conflitos e dependências.

Deste modo, Villasante (2005) recomenda, nestes casos, uma abordagem mais topológica, fractal ou hologramática, cuja finalidade seria a de quantificar menos e qualificar mais as redes e seus sentidos operativos e, na dúvida, de se quantifica ou qualifica as informações que nos mostram as redes, são feitas as duas abordagens, pois frente à imperfeição de qualquer estimativa nada sobra. O cerne do problema, porém, não é acumular tanta informação, mas que tenha serventia para alguma coisa. Observando-se por este lado do prisma, fica evidente a necessidade do enquadramento participativo e operativo de quem intervém na valoração dos objetivos e das mediações, e o *para quê* se intervém, considerando-se os campos de confrontação habituais.

Ainda segundo o mesmo autor, outra limitação da abordagem de redes é a de que, em todo jogo de comunicação cotidiano, mesclam-se sempre estratégias vitais, nem sempre conscientes, *campos de poder*, redes culturais e pretensões de querer bem, ou seja, as hegemonias e contra-hegemonias de que falava Gramsci sempre estão pugnando no cotidiano, como os situacionistas e as feministas, como os etnometodólogos nos recordam.

Para exemplificar, toma-se o conceito de *mapeamento* que Paulo Freire aplicava à pedagogia e à sociopolítica, quando estabelecia a distinção entre os *de confiança*, os *diferentes* e os *antagônicos* e como estabelecer alianças entre uns e outros. As possíveis transformações se produzem, quando *os nossos ou de confiança* detêm redes densas, criam-se vínculos com os *diferentes*, porém não com os *antagônicos*. Só assim existe a possibilidade de que qualquer projeto seja transformador das realidades existentes e seus conteúdos devem ser definidos mediante uma análise de redes deste tipo. As relações *débeis*, segundo Granovetter (1995), aparecerão, então, exibindo sua força em aglutinar, por um tema circunstancial, os *diferentes* (e *indiferentes* para outros temas), frente aos *antagônicos*, aos que internamente provocam problemas internos, quando rompem algum aspecto de sua dominação. Esta leitura e interpretação dinâmica dos diferentes *conjuntos de ação* em situação serve para resolver alguns bloqueios dos conflitos presenciais, demonstrando assim, que a força está na complexidade e no paradoxo das redes.

Conclui-se, portanto, que não se pode mais fundamentar-se numa visão simplista e fragmentária que não integre o princípio do paradoxo nas concepções de políticas públicas que pretendem ser integrativas das instituições sociais e anui-se, com Martins (2004) e Villasante (2004) que, apenas pela adoção de uma visão sistêmica, paradoxal e integrativa da vida comunitária e local, é que se pode responder às exigências da descentralização e territorialização¹⁹ da ação governamental, objetivando a emancipação dos processos de participação e de formação de esferas públicas com envolvimento direto das diversas redes sociais locais que são compreendidas como *conjuntos em ação*, como processo articulador de um projeto compartilhado com a sociedade no enfrentamento de seus problemas.

¹⁹ Territorialização é outro conceito importante, quando se foca a cidade ou município saudável, é o território e a sua produção, inerentemente social, dependente dos grupos sociais que nele vivem e o transformam, considerado por Santos e Silveira (1994), enquanto uma construção sócio-histórica, recuperando a constituição e ocupação do espaço, identificando quem vive ali, de que modo, com quais recursos com vistas a qualificar o cotidiano da vida, nesse determinado espaço, geograficamente delimitado, cujo significado é atribuído por aqueles que nele vivem, cuja categoria operacional *espaço geográfico* ou *território usado procura analisar sistematicamente a sua constituição*.

A partir dessas reflexões sobre a complexidade da promoção da saúde para uma cidade saudável, dos princípios da intersetorialidade, da integralidade e da sustentabilidade, através das redes sociais e seus conjuntos em ação, e o olhar sobre uma realidade concreta, no caso a gestão das políticas públicas na cidade do Recife, no período de 2001-2004, instigou-nos a problematizar esta realidade no sentido de apreender as possíveis mudanças que ocorreram para a construção de um Recife Cidade Saudável. Assume-se que uma forma produtiva de fazer esta mudança seria modificando as abordagens, deslocando-as para pontos de vista mais abrangentes e menos simplificadores. Para tanto, coloca-se, a seguir, o questionamento central desta tese e os objetivos a ser perseguidos no sentido de oferecer subsídios para o avanço dos processos políticos direcionadas à construção de uma Recife Cidade Saudável.

Assim, ainda em 1994, no início do curso de doutorado, observamos a partir de estudos sobre essa nossa realidade, bem como, da vivência com os nossos alunos da Universidade de Pernambuco nos cursos de graduação em medicina e de pós-graduação em medicina preventiva e em saúde da família, cujo lócus de prática era e é a rede municipal e especialmente os Distritos Sanitários I, II e III, as seguintes potencialidades e problemas:

- a) definição de uma política relacionada com a construção de uma cidade saudável à luz do contexto do movimento promoção da saúde (internacional e nacional);
- b) quadro sócio, político, institucional e técnico para sustentação;
- c) programa de governo (local) não específico da saúde, mediado por estratégias operacionais: PPA, Plano Diretor, mudanças no interior do setor saúde, ampliação do Programa de Saúde da Família (PSF), e do Programa de Saúde Ambiental (PSA), Academia da Cidade, territorialização por contexto de risco, vulnerabilidade;
- d) limitações no processo de descentralização, integração e de ações intersetoriais;
- e) críticas aos processos de participação inicialmente assumidos, com re- manejo dos atores envolvidos no processo político da gestão.

Diante de tais potencialidades e problemas, é possível a apresentar, para este estudo, algumas hipóteses, tais como:

- a) houve na gestão municipal de Recife mudanças na formulação, no conteúdo e na implementação (relações e práticas) das políticas de construção de uma cidade saudável;

- b) as estratégias adotadas centraram-se nos níveis decisórios mais altos da gestão;
- c) o setor saúde hegemonizou as ações voltadas para essa política.

1.4 PERGUNTA CONDUTORA

Como as proposições da promoção da saúde e da estratégia de cidade saudável foram apreendidas, formuladas e implementadas na gestão das políticas públicas na cidade do Recife, no período de 2001-2004?

1.5 OBJETIVOS DO ESTUDO

1.5.1 Objetivo Geral

Analisar e contribuir para o fomento das políticas públicas voltadas para a construção de uma cidade saudável na perspectiva da promoção da saúde.

1.5.2 Objetivos Específicos

- a) Resgatar o contexto sócio-histórico no qual a política de promoção de saúde no Recife foi inserida;
- b) Caracterizar os diferentes conteúdos constitutivos das políticas públicas para a estratégia Recife Cidade Saudável;
- c) Analisar o processo de construção das políticas públicas para a promoção da saúde e a estratégia cidade saudável para a cidade do Recife;

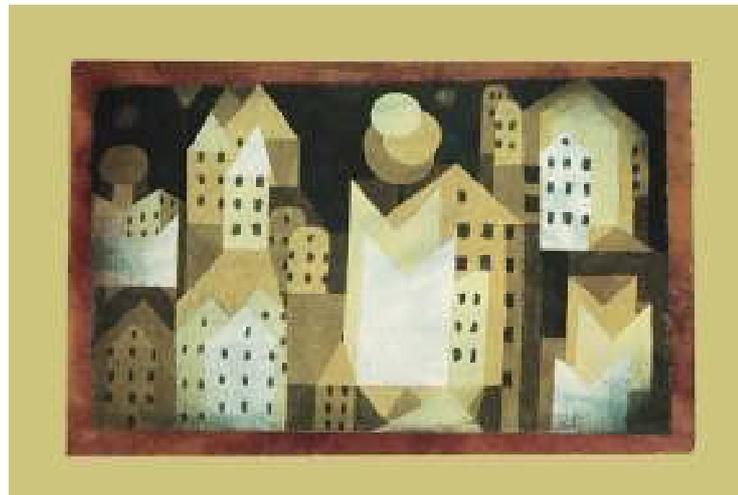
- d) Identificar e fomentar a reflexão, para o período estudado e na atualidade, as diferentes percepções dos atores envolvidos nesta política.

Para tanto, com base na análise das políticas implementadas pela Prefeitura da Cidade do Recife (PCR), no período compreendido entre 2001-2004, buscar-se-á reconhecer o grau de mudança no contexto, no conteúdo e no processo de construção das políticas e na forma de atuação dos atores envolvidos no processo de construção da cidade saudável.

A análise sistematizada de processos relacionados com esse tema é escassa tanto no âmbito acadêmico como na prática de gestão de políticas. É um desafio e uma necessidade avançar na apreensão e no exercício de um pensamento sistêmico e complexificador sobre o desenvolvimento das políticas públicas. O conhecimento, a divulgação e a difusão de soluções inovadoras de realidades específicas podem contribuir para o desenvolvimento das forças motrizes para a cidade saudável.

A seguir, buscou-se um referencial teórico que possibilitasse um olhar e uma abordagem adequados à complexidade inerente às políticas públicas para a promoção da saúde e a estratégia de cidades saudáveis.

2 REFERENCIAL TEÓRICO



2.1 A SOCIOPRÁXIS COMO FERRAMENTA DE ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Para Villasante (2006), é necessário distinguir a sociopraxis como um acoplamento entre muitas diversas metodologias implicativas e instituintes, tanto da perspectiva de abordagens quantitativas (distributivas), quanto da qualitativa (estrutural), bem como de algumas perspectivas participativas (dialéticas). A sociopraxis, para este autor, pode estar entre a posição estrutural ou qualitativa e as posições dialéticas ou de militantes, mas também distinta de algumas posições de Investigação Ação Participativas (IAP) (ROMERO, 2006).

O que se propõe é a realização de uma implicação participativa mais crítica e autocrítica, mais rigorosa e operativa para a transformação dos problemas que se deve enfrentar. Deste modo, quando o trabalho se torna necessário e impossível, como diz Ibañez, “há duas soluções, uma é simplificar, negando o paradoxo e, a outra, é transgredir o paradoxo e mudar a regra do jogo, colocando outras dimensões” [...], e, se a “‘indução’ se torna curta (utiliza menos informação) e a ‘dedução’ se alonga (utiliza mais informação), optaremos pela ‘transdução’ que utiliza (conserva e amplifica) a informação, construindo unidade, porém unidade problemática” (IBAÑEZ, 1998, p.185; VILLASANTE, 2006).

Deve-se considerar, também, que a sociedade contemporânea adentrou outra fase ou outro paradigma, seja a fase do capitalismo tecnológico ou a do paradigma da complexidade e do construtivismo. Isto quer dizer que as bases cognitivas e tecnológicas, na atualidade, são radicalmente diferentes do passado, necessitando um novo corpo de conhecimento acerca dos processos sociais e suas dinâmicas (ROMERO; YÁÑEZ, 2006, p.67).

Para Morin (1999), alguns princípios podem ajudar a pensar a complexidade do real, dispondo-se a necessidade de macro conceitos, constelação e solidariedade de conceitos. Na visão do referido autor, nas coisas importantes, os conceitos nunca se definem pelas suas fronteiras, mas pelo do seu núcleo, ou seja, quando se tornam perceptíveis as diferenças.

Para ele, as fronteiras são sempre vacantes, são sempre interferentes, que fazem ver a necessidade de diferenciar a essência do conceito e, isto exige frequentemente macro-conceitos, tais como: dialógica, recursão organizacional e holograma. O princípio da dialógica é proposto para manter a dualidade no seio da unidade, associa dois termos simultaneamente complementares e antagônicos, a exemplo, citando-se que a ordem e a desordem podem ser

concebidas em termos dialógicos. Para analisar um processo em que os produtos e efeitos são concomitantemente causas e produtores daquilo que os produziu, propõe-se o princípio da recursão organizacional e para ultrapassar o reducionismo que só vê as partes ou o holismo que só vê o todo, sugere-se o princípio hologramático. Em um holograma físico, o ponto menor da imagem contém a quase totalidade da informação do objeto representado, ou seja, não apenas a parte está no todo, mas o todo está na parte (MORIN, 1999, p.106-111).

Assim, a única opção possível, do ponto de vista da complexidade, já considerada muito importante, é ter um meta-ponto de vista sobre a nossa sociedade, que só será possível, se o observador-conceptor se integrar na observação e na concepção, ou seja, em uma pesquisação (MORIN, 1999, p.111).

Desta forma, Villasante (2005), amparado nestes e em outros princípios, aponta a necessidade de fugir das dicotomias simplificadoras e estabelecer a interação entre os elementos básicos da estrutura dos projetos e sua concretização em redes cotidianas, propondo um construtivismo reticular e participativo, utilizando as várias contribuições de conhecimento existentes.

Para ele, nas tradições norte-americanas, citando Granovetter (2000), tudo se explica pelas combinações de relações densas ou débeis, recíprocas ou não-recíprocas. O desenvolvimento das sociomatrizes contribui atualmente para o avanço das interpretações, demonstrando que as questões relativas às redes não são puramente formais. Porém, as dinâmicas destas relações não podem explicitar tudo e o que mais interessa são as relações entre as relações fortes e o fechamento em si por reciprocidade mútua e cumulativa e as relações não-recíprocas (débeis) e sua força potencial. E isto, segundo Villasante (2005), é que provoca um enorme jogo de possíveis reversões das estratégias nas diversas situações dos “conjuntos em ação”. Torna-se, então, evidente a necessidade de se trabalhar com a complexidade, com a especificidade e com as diferenciações que os problemas sociais apresentam, considerando que o fenômeno ou processo social deve-se fazer entender pelas determinações e transformações dadas pelos sujeitos.

Para fazer a diferenciação, quando se realiza a análise de um projeto, programa ou política, na medição clássica, quantitativa ou distributiva, o sujeito que mede, assume-se fora do processo e esta modificação não faz parte do jogo. As informações são restritas aos aspectos de utilização de insumos e recursos aplicados, ou em função do número de beneficiados, ou de coeficientes, ou indicadores numéricos de resultados, de acordo com

critérios definidos tecnicamente, tornando-se restrito o conhecimento da realidade social, o que pode ser observado e quantificado, como também se transferindo a objetividade à utilização do método através da utilização de questionários, inquéritos e censos pré-codificados, à luz da metodologia, cuja função é a de ser referencial da linguagem, que identifica os elementos da rede, utilizando as suas expressões; porém isto deixa a desejar, tendo em vista que não corresponde ao objetivo pretendido, além de restringir as informações passíveis de serem trabalhadas em um contexto de tão grande multideterminação de um processo social, apresenta uma assimetria entre os sujeitos envolvidos, limitando o método (VILLASANTE, 2006, p.416).

Em uma abordagem qualitativa, sistêmica ou estrutural, tecnicamente se processa com o diálogo, grupos de discussão e entrevistas, objetivando, do ponto de vista metodológico, de acordo com a função estrutural da linguagem, organizar e orientar novas proposições, bem como explorar novos caminhos. Do ponto de vista epistemológico, para alguns, esta abordagem apresenta uma simetria tática e uma assimetria estratégica, permitindo a acessibilidade ao método, porém restringindo as conclusões mediante as interpretações técnicas do investigador (VILLASANTE, 2006, p.416). Para outros, a chamada *sociologia compreensiva*, as críticas enfatizam o empirismo e o subjetivismo dos investigadores que confundem o que percebem e a fala que ouvem com a verdade científica e o envolvimento emocional do pesquisador no seu campo de trabalho (MINAYO, 1992, p.24).

Nos modelos reflexivos, o sujeito afere a medição do objeto pelo sujeito e, a seguir, a medição da medição como em uma cascata. Assim, deve-se recuperar o subjetivo do objeto e o objetivo do sujeito para aumentar progressivamente as eleições possíveis, o que caracteriza a reflexividade de segunda ordem²⁰, que considera que o fenômeno ou processo social deve ser apreendido em suas determinações e transformações concedidas pelos próprios sujeitos. Compreendendo, assim, uma relação intrínseca de oposição e complementariedade entre o mundo natural e o social; entre o pensamento e a base material apresentados pelos problemas sociais (VILLASANTE, 2006, p.416).

²⁰ Para a compreensão desta, fundamenta-se na reflexão que uma prova empírica é matéria que mede a matéria e que uma prova teórica é pensamento que pensa o pensamento, porque, quando medimos algo, o modificamos, introduzindo-se o princípio da indeterminação (se determinamos a posição, indeterminamos o movimento e vice-versa). Heisenberg e o princípio da incompletude (sempre há uma sentença godeliana, verdadeira, porém indemonstrável), Gödel (ROMERO; YÁÑEZ, 2006, p. 67).

Neste ponto, inserem-se as abordagens participativas de construção de conhecimento, seja para responderem às demandas, seja para fazerem uma análise, investigação ou intervenção, o que, por conseguinte, conduz a dois caminhos: o da dialética e o da sociopráxis. Na dialética, promovendo-se um desempate entre as correntes anteriormente colocadas, propõe-se abranger o sistema social de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, como também as representações sociais que traduzem o mundo dos significados. Nesta abordagem, a relação da quantidade é pensada como uma das qualidades dos fatos e fenômenos, bem como a exterioridade e a interioridade como constitutivas dos mesmos, pretendendo encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo.

Tecnicamente, são realizadas através de assembleias, movimentos militantes, socioanálises ou investigação-ação-participantes; metodologicamente, apresentam uma função pragmática; em situação dialética, constrói as redes críticas direcionadas a uma transformação; epistemologicamente, evidencia uma simetria entre os sujeitos investigados e pesquisadores, gerando novos caminhos de métodos e de conclusões (VILLASANTE, 2006, p.416).

Quanto à sociopráxis, mais que defini-la, frente às perspectivas anteriores, Villasante estabelece doze distinções fundamentais e aportes prático-teóricos, vivenciados, nas últimas quatro décadas, para a construção de sua proposta, descrevendo-as em sucessivas fases de implicações (2006, p.306), a saber:

- a) a primeira distinção prioriza os *Analísadores Situacionais e Instituintes* frente aos Analistas Acadêmicos instituídos. O *analisador* é um ato, um fato que pode provocar *situações* que provoquem reflexões mais profundas, que mostrem o que existe de instituído e de institucional em qualquer grupo ou situação. Os processos instituintes podem ser de diversos graus, mas sempre estão em contraposição dialógica com o instituído. No entanto, é nos situando nesses processos, e não os definindo academicamente, que podemos avançar tanto para transformar a realidade como para entendê-la;
- b) a segunda se realiza frente aos que assumem a distância entre o sujeito e o objeto ao fazerem as investigações ou os processos sociais. Frente às relações sujeito-objeto que se diz *cientificamente objetiva*, sempre existem estratégias pessoais ou grupais de

sujeitos-sujeitos que estão em luta por conseguir ações e explicações que interessem a cada parte. E, posiciona-se assumindo que toda a investigação contém ações participativas em que nem os investigadores podem ser sujeitos plenos sem condicionantes, nem os investigados são meros objetos para serem observados (VILLASANTE, 2006, p.305);

- c) a terceira distinção se processa através do vivenciado, pela reflexão sobre a importância da *implicação* para qualquer conhecimento. Não se pode *ver ou julgar* de fora da sociedade, porque somos parte dela. É o que acontece quer queiramos ou não e fazer esta reflexão, muito conscientes destes processos implicativos²¹. É o que é chamado “práxis” nesta proposta do Villasante (2006);
- d) a quarta distinção surge com a aceitação realista dos paradigmas da complexidade, frente à posição de tentar encontrar uma lei para explicar tudo, do mesmo modo que os estilos catalíticos, cooperativos ou as transduções ou transdutores²² qual posturas assumidas por sujeitos que dinamizam os caminhos, a fim de criativamente transpor de umas situações a outras através de dispositivos implicativos adequados, e que também sejam observados nas relações sociais (2006, p.307);
- e) a quinta ocorre frente à tentativa de localizar o poder em um lugar, instituição ou pessoa, de forma simplificadora, incluindo, também, algumas análises de redes sociais. Propõe-se a possibilidade de estabelecê-lo como um jogo de relações ou de estratégias. As distintas posições se apresentam assim em função do tipo e da intensidade de vínculos que se estabelecem em cada caso. É o *conjunto em ação* para concretizar, no cotidiano, os condicionantes de classe ou de ideologias de cada situação (VILLASANTE, 2006, p.308);

²¹ Assim, implicação ou práxis que, segundo Kosik, compreende, além do momento laborativo, também o instante existencial: ela se manifesta tanto na atividade objetiva do homem, que transforma a natureza e marca com sentido humano os materiais naturais, quanto na formação da subjetividade, na qual os momentos existenciais, como a angústia, o medo, a alegria, a esperança etc., não se apresentam como experiência passiva, mas como parte da luta pelo reconhecimento, isto é, do processo de realização da liberdade humana (KOSIK, 1976, p. 224).

²² Nas sociedades humanas, os discípulos de Paulo Freire e a educação popular propõem-se a ‘sistematizar’ (O. Jara) ou adaptar processo ‘boomerang’ (C. NÚÑEZ) para aprender a dar saltos que revertam às situações herdadas. Boaventura de Sousa Santos propõe que entre umas e outras culturas só cabe ‘traduzir’ para não invadir as outras identidades e sabedorias. Com Simondon y Ibáñez, Villasante retoma a implicação de querer ser ‘transdutores’, sujeitos que traduzem, que dinamizam e se implicam nas reversões, sem querer fechar uma sistematização única, mas descobrir novos caminhos mais complexos (VILLASANTE, 2006, p.420).

- f) a sexta distinção se faz frente à simplificação dialética, propõe-se assumir os paradoxos e construir os *tetralemas* ou *tetrapraxis*. Contudo, Villasante está totalmente de acordo com essa distinção, porque considera que não está claro que tudo se reduza a uma dialética de dois temas contrapostos e que tanto as palavras quanto os gestos das pessoas não nos indicam posições únicas e distintas. Coloca que as análises lingüísticas estão além dos dilemas e que propõem os *tetralemas* ou duplo dilema que todos usam, diariamente sem se aperceber. Como exemplo coloca que, na realidade, sempre existem e convivem as posições antitéticas do *sim* e do *não* que tendem a paralisar os processos, mas também coexistem o *isto e aquilo* e o *nem isto, nem aquilo* frente a qualquer assunto ou disputa de poder e que todas estas posições devem ser consideradas em conta para que o processo criativo seja ativado nos processos de construção coletiva;
- g) a sétima distinção propõe novos esquemas coletivos ou processos dos grupos operativos perante os debates endogâmicos ou internos dos pequenos grupos que apenas permitem tomar como ponto de partida aquilo que o próprio grupo de referência já possui. O que se propõe com os *grupos operativos* são processos que implicam em convivência, em que se assume outra prática de vínculos situacionais;
- h) a oitava é concebida considerando os indicadores dominantes das nossas estatísticas que se colocam muito manipuláveis por certos expertos e se propõem os critérios e indicadores de qualidade de vida que cada comunidade queira sugerir em cada momento, marcando assim o seu estilo de vida, caracterizando a sustentabilidade efetiva que não é justificada por cifras macro-econômicas;
- i) frente aos *determinismos causa-efeito*, sugere-se uma aceitação das *causas recursivas*, ou seja, os condicionantes cruzados entre si, não-lineares e mais participativos que permitam, no caminho, a ratificação e monitoramento dos processos desde os próprios interessados, como a nona distinção (VILLASANTE, 2006, p.309). Formulam-se os *satisfactore* de desenvolvimento como situação objetivo, construídos publicamente, enquanto elementos importantes para fazer políticas de transformação social eficientes, para e com as pessoas ou grupos;
- j) a décima, frente às avaliações acadêmicas convencionais, coloca como primeiro indicador o que todos vão aprendendo conjuntamente, como nos movimentos ‘freirianos’ que revertem e transbordam as colocações iniciais, porque sua criatividade

não lhes permite ser previsível nem se sujeitar a nenhum programa fixado (VILLASANTE, 2006, p.316);

- k) a décima primeira distinção entre a sociopráxis e os demais aportes práticos e teóricos é a colocação, frente aos *estilos patriarcais* que se encontram no fundo de todas as formas hierarquizadas e autoritárias que estão bloqueando a emergência da criatividade da humanidade, propondo-se a prática de *democracias participativas ou (eco) organizadas*. Aproveitando não somente da democracia, mas também as iniciativas que surgem constantemente das relações entre as pessoas, da energia construtiva dos grupos que se auto-organizam no seu cotidiano para que as maiorias dos que votam sintam-se representadas;
- l) finalmente, a décima segunda e última diferenciação, em que se propõe, frente aos valores dominantes, assumir o que o movimento *alter-mundialista* atual, de muitas distintas formas entre si. Dispõe como a construção de potencialidades *emergentes* para que *outra perspectiva de mundo* é possibilitada pela crítica radical dos *equivalentes gerais de valor* existentes (a circulação de capital, a hierarquia patriarcal, o desperdício tecnológico ou os dogmas inquestionáveis que se constituem precisamente no objeto de estudo, de análise desta diferenciação que está em questão). Villasante observa que não só os dilemas dentro do sistema, mas a construção de outros eixos ou *tetralemas* e planos emergentes dotados de outros referentes de valor fora do sistema, aportam a integralidade dos processos contra a setorialização temática (2006, p.311).

Tomando estas diferenciações por fundamento, aponta-se uma sistematização em seis princípios semelhantes a caminhos abertos, o que distingue a metodologia da sociopráxis. Assim, a *transdução*, os *conjuntos em ação*, a *tetrapráxis*, os *emergentes de valores*, a *eco-organização* e a *reversão* são considerados seus princípios.

E, como nem o local nem o mundial vão mudar por uma simples disputa de idéias, por melhores que sejam, é sugerido tomar-se por método um Processo de Ação, Integral e Sinérgico (PAIS²³), objetivando, através das habilidades dos conjuntos em ação e dos tempos

²³ A sigla destina-se para recordar os diversos conceitos chaves com os quais se vem trabalha-se a partir da sóciopraxis. P de processo, práxis ou programa; A de ações, alternativas ou autogestão; I de integrais, instituintes ou implicativas e S de sinérgicas, situacionais ou sustentáveis. Além de ser o contrário de Investigação-ação-

e situações condicionantes, ser mais participativo e atender às necessidades sociais (VILLASANTE, 2006, p.334-363).

Neste, distinguem-se duas grandes fases, a saber: 1) a primeira, a de construção de um processo coletivo de conhecimento e problematização da Investigação Ação Participativa (IAP) na qual interagem os saberes e os fazeres que se utilizando de experiências anteriores e predisposição para a construção de um plano negociado, para o qual se exige um trabalho de campo e uma análise aberta, através de devoluções criativas, que permitam priorizações que, em uma segunda fase 2), de construção de alternativas, sejam expressas propostas operativas, integrais e sustentáveis que conformam um Plano de Ação Integral (PAI) e o seu processo de realização e seguimento, pelo monitoramento. O espaço em que se desenvolve esta fase é a dos Grupos de Investigação e Ação Participativas (GIAPS), enquanto espaço de construção coletiva de saberes, em que os técnicos possuem uma contraparte que se relativiza e enfrenta outra classe de experiência, a dos expertos vivenciais, cujo saber é fundamental nesse processo.

Cada uma dessas fases possui demandas, objetivos, métodos e técnicas que, à semelhança de todo trabalho complexo, contempla sucessivas aberturas e fechamentos, em se tratando de construção de informação e de trabalho com as redes locais, que demanda em se colocar em cena, durante todo o processo, a perspectiva global que a sustenta, como é demonstrado na sistematização no quadro a seguir (Figura 1):

	Predisposição Experiências Prévias	Construção do Plano Negociado	Trabalho de Campo e Análise Aberta	Devoluções Criativas e Priorização	Propostas Integrais e Sustentáveis (PAI)	Processo de Seguimento com Monitoramento
QUEM? Saber estar	<ul style="list-style-type: none"> •Experiências sociais •Capacidade de autocrítica 	<ul style="list-style-type: none"> •(Eco) avaliar preconceitos •Conversar com grupos 	<ul style="list-style-type: none"> •Escutar todas as posições •Facilitar a dinâmica de grupos 	<ul style="list-style-type: none"> •Coordenar oficina e encontros. •Provocar os saltos criativos 	<ul style="list-style-type: none"> •Facilitar as alianças. •Planejar participadamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • (Eco) dirigir metodologicamente. •Monitoramento de situações.
Para que? Conhecimento/Episteme	<ul style="list-style-type: none"> •Vivências com analisadores e a predisposição para estilos “transdutivos” 	<ul style="list-style-type: none"> •Boa-vontade dos sujeitos-sujeitos para as estratégias com “Conjuntos em Ação” 	<ul style="list-style-type: none"> •Análises das ações-reflexões dos paradoxos e da reflexividade da “Tetrapraxis” 	<ul style="list-style-type: none"> •Das causalidades recursivas à construção de reflexividade com “eixos emergentes” 	<ul style="list-style-type: none"> •Dos indicadores de sustentabilidades às Redes (eco) programadas. 	<ul style="list-style-type: none"> •Dos grupos operativos aos “transbordamentos criativos” e processos de “Reversão”
Por quê? Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> •Distinções entre outras metodologias participativas 	<ul style="list-style-type: none"> •Fases de um processo •Problemática inicial e análises de redes sociais 	<ul style="list-style-type: none"> •Complexidade de “Conjuntos em Ação” •Temáticas comuns e contrapostas. 	<ul style="list-style-type: none"> •Planejamento Estratégico Situacional •Criatividade com os grupos heterogêneos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Idéia-força e dispositivos. •Democracia participativa e recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> •Articulação de projetos. •Avaliação e monitoramento
Como? Saber fazer/ Ferramentas	<ul style="list-style-type: none"> •Trabalho em grupos •Outros 	<ul style="list-style-type: none"> •Sociogramas •Trajetos (DRP²⁴). •Sociogramas e amostras •DAFO. 	<ul style="list-style-type: none"> •Entrevistas. •Oficinas. •Análises. •Tetralemas 	<ul style="list-style-type: none"> •Fluxogramas. •Oficinas para as devoluções criativas 	<ul style="list-style-type: none"> •Votações ponderadas (EASW). •Quadros de organização e recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> •Cronograma por tarefas e projetos •Campanhas de difusão e (eco) auto-formação
O que? Resultados Operativos	<ul style="list-style-type: none"> • Formação de grupos implicados (GIAP) 	<ul style="list-style-type: none"> •Delimitação do sintoma. •Grupo motor (GIAP) e amostra. •Plano de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Saturar as posições dos “Conjuntos em Ação”. •Quadros temáticos com tetralemas 	<ul style="list-style-type: none"> •Nós, críticos priorizados •Construção da rede de seguimento. 	<ul style="list-style-type: none"> •Informe operativo: propostas, organização e recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> •Seguimento com cronogramas • Rearticulação de estratégias

Figura 1: Programa Ação Integral Sinérgico (PAIS)

Fonte: Villasante (2006, p.329).

E, para que, neste mundo globalizado, complexo em sua essência e fragmentado em termos de sua abordagem, as políticas públicas possam se constituir fator de integração das instâncias sociais, a busca é por alternativas que ajudem nesta necessária tarefa de vincular de maneira integral o espaço das políticas locais e o espaço da realidade social. A proposta é realizar uma reconstrução da noção de integralidade, no marco das metodologias implicativas,

²⁴ Diagnósticos Rurais Participativos (caminho / passeio com grupos de agricultores e técnicos) ou andar a deriva (uma versão urbana do DRT, em que críticos, situacionistas passeiam sem rumo, discutindo em grupo as coisas a serem investigadas) (VILLASANTE, 2006, p.343).

em sua dimensão epistemológica. Opta-se por outra epistemologia como ponto inicial, que possa ajudar na *necessária e impossível* tarefa de vincular integralmente o espaço das políticas locais e o espaço da realidade social em toda a sua complexidade, recordando Ibáñez (1998).

Para tanto, propõe-se construir uma integralidade necessária à sustentabilidade desta referida pauta, em comunhão com a sociopráxis, uma revisão da forma como se articula concretamente a idéia de integralidade supracitada nos distintos momentos e fases do PAIS (IAP/PAI). Neste norte, no momento da investigação, a Ação Participativa (IAP) se opera com a idéia de integralidade em seus fundamentos epistemológicos, em seu arsenal conceitual, através métodos e técnicas, bem como a idéia de integralidade é bastante explícita quando da etapa de construção dos Planos de Ação Integral (PAI), oferecendo uma multiplicidade de significados que sejam operacionalmente úteis.

Em relação à epistemologia, há uma lógica subjacente, segundo Fernández (2006), uma teoria do conhecimento que não se pode esquecer, ao problematizar a necessidade de integralidade que, para ele, entende-se como um conceito complexo, multidimensional que, neste marco, é simultaneamente uma necessidade, sintoma ou problema, uma abordagem que se reveste de conceitos ou paradigmas assumidos e uma forma de proceder ou processo que se relaciona com os métodos, técnicas ou práticas.

A integralidade aparece como uma *necessidade*, porque o processo começa sempre com uma definição de problema ou a formulação de uma pergunta e, para o desenvolvimento da dimensão *necessidade* da integralidade, faz-se ao se repensar os problemas, problematizando-os, isto é, introduzindo matizes nos problemas. Devem-se definir os problemas parciais e setoriais, indagando sobre sua situação, o contexto de sua definição sobre o *para quê* e *para quem* torna-se um problema, que assumido como sintomas, e como no micro se encontra o macro, igual a um holograma que, em sucessivas aproximações, o diagnóstico vai afirmar-se na medida em que se visualizam nas redes cotidianas e locais com que se trabalham, como se experimentam os processos das redes mais globais.

No contexto da sociopráxis, em uma perspectiva complexa, objetivando a construção de um processo participativo de conhecimento e de ação integral, os problemas se constroem reflexivamente, isto é, perguntando-se sobre as perguntas ou problematizando os problemas, fazendo-se evidente *para quem* é um problema e não só o *porquê*. Assim a pergunta inicial seria de que falamos quando falamos de integralidade?

Recomenda-se, também, para a construção da integralidade, a apropriação do tema da investigação, ou seja, dos conceitos ou distinções e diferenciações entre eles, para tentar compreendê-lo e, nesse sentido, reduzir a complexidade para tornar os caminhos, a seguir, operacionáveis. Assim, à medida que o exercício de criação e utilização dos conceitos nos ajudam a trabalhar o processo, pode-se dizer que são integrais e estão, conseqüentemente, construindo a integralidade (FERNÁNDEZ, 2006).

Na dimensão da abordagem da integralidade das políticas, no âmbito dos *conceitos*, devem-se articular categorias que possibilitem aos atores implicados pensar a sua realidade e um dispositivo que, coletivamente, ajude a agrupar os sintomas em categorias, o qual se nomeia de *fluxograma situacional* (MATUS, 1995). Uma segunda ferramenta é a construção dos *tetralemas* que ajudam a construir operativamente novas dimensões de ação.

Para Fernández (2006, p.72), ao se fazer um contraponto com o modelo de *política local convencional*, a ênfase em entender certos *conceitos*, como construção operativa e não como paradigma pré-estabelecido, é que faz a diferença – uma vez que as políticas locais operam conceitualmente, segundo um paradigma globalizante e total, chegando às redes locais com certezas institucionais.

Entender a construção dos conceitos desta forma conecta-os à rede local, em que circula o sentido das palavras e os torna, operativamente, relevantes e, portanto, integrais à medida que interliga as esferas da política local à realidade social.

Para se falar de integralidade na acepção de *processo*, faz-se necessário se referir ao seu significado em um plano mais cristalizado e evidente que é o das práticas. Com esta conotação, para falar de integralidade coerentemente, o processo deverá vincular atores relevantes a uma construção de alternativas, como também vincular os temas mais simples aos de base, permitindo ir além da demanda inicial ou do seu transbordamento. Pode-se dizer que as metodologias e as técnicas, ou seja, o desenvolvimento das práticas, com as suas aplicações são integrais, se tiverem por função a articulação de ambas as dimensões dos processos – o local e o global –, o mais simples com o tema de base, evidenciando sua conexão profunda, o que relativiza e confere um possível sentido às ações de intervenção, ao mesmo tempo em que assinala caminhos passíveis de serem abordados.

Para a operacionalização da Integralidade, na dimensão de *processo*, segundo a sociopraxis, é necessária uma contínua articulação das ações compreendidas através de uma complexidade, visualizando seus problemas, propostas e ações em um contexto global ou

territorial mais amplo, cuja técnica é o momento do PAI que integra o PAIS. Para tanto, recomenda-se a abertura de um processo de investigação e análise de política, com a participação de atores diversos (políticos, técnicos, expertos vivenciais e a base social como Grupo de Investigação e Ação Participante) que partilhem este conhecimento.

Esse processo de construção de conhecimento se expressa no quadro seguinte (Figura 2):

MOMENTOS	Conjuntos em ação (atores implicados)	Posição epistemológica	Características participativas
DEMANDA	<ul style="list-style-type: none"> •Políticos •Técnicos •Entidades (sociedade civil) •Comissão de seguimento 	<ul style="list-style-type: none"> •A demanda se detecta pelos atores que convocam (necessidade sentida) •A demanda se constrói entre os próprios atores 	<ul style="list-style-type: none"> •Os atores são sujeitos ativos •A participação se articula desde o princípio •Tomada de decisão compartilhada
INVESTIGAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> •Políticos •Técnicos •Expertos vivenciais •Base social (GIAP) 	<ul style="list-style-type: none"> •O conhecimento é compartilhado • Incorporam-se atores como investigadores •Os atores decidem a finalidade dos resultados • Enfoque desde as redes sociais 	<ul style="list-style-type: none"> •Investigação participada •Transferência de tecnologia social a participantes •Controle participado do processo investigador •Devolução da informação aos participantes
INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> •Políticos •Técnicos •Entidades implicadas •Setores ativos (base) 	<ul style="list-style-type: none"> • Os afetados são protagonistas das soluções •Do tema gerador à programação integral 	<ul style="list-style-type: none"> • Os implicados tomam a intervenção em suas mãos •Se convoca a participar sobre o que é adequado e de sua governabilidade (que eles próprios possam fazer)

Figura 2: Investigação Ação Participativa e Planos Alternativos Integrais

Fonte: Fernández. (apud ROMERO; YÁÑEZ, 2006, p.70).

Assim, a ciência da complexidade contribui para a análise de uma política, no formato de uma investigação amparada na sociopraxis (VILLASANTE, 2006) que, tecnicamente – ao desencadear processos, utilizando oficinas de trabalho com triangulação de métodos e pesquisadores, com todas as redes sociais em seus “conjuntos em ação”, em concordância com uma Programação de Ação Integral e Sinérgica (PAIS) e ao responder às indagações dos para quê e para quem, epistemologicamente – apresenta uma assimetria tática, porém uma simetria estratégica, fechando o método e difundindo, com a transdução, uma análise, ação participativa e criativa das políticas necessárias à construção das mudanças e às investigações dos processos sociopolíticos, via as redes locais.

3 PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS



Adotando-se os referencias sistêmico e complexificador, foi direcionado o olhar sobre uma realidade específica – a da cidade do Recife para captação, no trabalho de campo, de apreensão do processo político da construção de uma Cidade Saudável.

Para tanto, explicita-se, a seguir, qual foi o percurso utilizado que norteou os passos metodológicos necessários para a consecução dos objetivos propostos desta tese, cuja definição do tipo de estudo aconteceu a partir do objeto, justificando-se, inclusive, a abordagem metodológica empregada necessária à aproximação da realidade que se tentará captar.

Em seguida, foram discriminadas as fontes dos dados, os instrumentos e as técnicas de coleta dos mesmos, explicando-se os porquês da utilização de entrevistas semi-estruturadas como principal instrumento de coleta de informações nesse estudo e, ainda, como a análise documental foi desencadeada de maneira que permitiu estabelecer importantes correlações entre o material teórico e documental explorado e o discurso dos atores entrevistados.

Por fim, para possibilitar o intercâmbio entre a teoria utilizada e os dados empíricos, apresentou-se o plano de análise consonante os conceitos-chave, tomados como referência para esse estudo, bem como a proposta de operacionalização realizada e seu desenho.

3.1 TIPO DE ESTUDO E JUSTIFICATIVA DA ABORDAGEM

Para o desenvolvimento da tese, o presente estudo insere-se no campo da saúde coletiva, o qual abriga diversas disciplinas de saúde e das ciências sociais, quando se trabalhou fundamentalmente com um objeto complexo, requerendo, por isso, um estudo de caso de caráter exploratório.

Por se tratar de uma investigação empírica sobre um fenômeno que não pode ser dissociado de seu contexto e que requer a observação de vários elementos simultaneamente, pode-se qualificá-lo como um estudo de caso, indicado por Yin (1994), para se estudar questões que abrangem como ou por que ocorre um determinado fenômeno contemporâneo da vida real, quando o investigador exerce pouco controle sobre os eventos e sobre o fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado do seu contexto.

Originário de uma tradição de pesquisa médica e psicológica, o termo *estudo de caso*, refere-se a uma análise *individualmente* detalhada de um caso que explica a dinâmica e a patologia de uma doença dada e supõe-se que se adquire conhecimento do fenômeno mediante a exploração intensa de um único caso (BECKER, 1994) e um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado do seu contexto.

A estratégia deste trabalho se constituiu em um estudo de caso que, para ser considerado rigoroso, não se poderia limitar a uma descrição, por mais documentada que fosse, apoiando-se em conceitos e hipóteses guiados por um esquema teórico que serviu de princípio diretor para a coleta de dados, evitando-se o erro do “concreto mal colocado²⁵”, para melhor assegurar a pertinência e a interpretação dos dados que se reúnem. Este estudo objetivou identificar problemáticas novas, renovar perspectivas existentes e sugerir hipóteses mais fecundas que preparem o caminho para pesquisas posteriores (BRUYNE, 1997, p.225).

Buscou-se evidenciar, mediante abordagem qualitativa, sistêmica e socioprática, apreender e sintetizar as políticas públicas e as estratégias que possibilitam a construção de projetos e ou programas que visam à promoção da qualidade de vida, objetivando uma cidade saudável, implementadas no município do Recife, como um dos exemplos de mudança que podem estar ocorrendo em outros contextos.

A pesquisa qualitativa, segundo Denzin e Lincoln (2007, p.21), é um campo interdisciplinar, transdisciplinar e, às vezes, contradisciplinar, que atravessa as humanidades, as ciências sociais e as ciências físicas, cujo foco multiparadigmático e seus praticantes são suscetíveis ao valor da abordagem de múltiplos métodos, tendo compromisso com a perspectiva naturista e a compreensão interpretativa da experiência humana, constituindo, por conseguinte, ao mesmo tempo, um campo inerentemente político e influenciado por múltiplas posturas éticas e políticas.

Como abordagem qualitativa, o estudo foi delimitado, segundo Minayo (2000, p.21), consonante as seguintes características:

Trata de fenômeno histórico e mutável, dentro do âmbito das relações sociais; apresenta uma relação dialética entre a identidade do pesquisador e do objeto de pesquisa, na medida em que o sujeito que pratica o estudo, muitas vezes está

²⁵ Na concepção dialética, palpável (o imediato, o saber cotidiano) é diferente de concreto, o concreto é a síntese de múltiplas determinações, sendo, portanto, o mediato (saber científico). Na perspectiva da mediação dialética, o processo ensino-aprendizagem trabalha com essas duas expressões de saberes – cotidiano e científico – entendendo-nas como idéias ou representações diferenciadas em relação ao ambiente natural e social (KOSIK, 1995).

inserido nas relações sociais que investiga; trata de uma ciência que se encontra vinculada às visões de mundo, valores e representações construídas socialmente, onde seu processo de conhecimento encontra-se implicado nos valores do pesquisador e dos atores sociais, desde a delimitação do objeto a ser estudado; preocupa-se com uma realidade que só pode ser apreendida por aproximação, não podendo ser dividida ou separada, sobrepondo-se a qualquer teoria ou idéia.

Partiu-se do pressuposto de que todo o conhecimento resulta da vinculação teoria versus realidade e, portanto, de uma íntima interação sujeito-objeto na tentativa de explicação da realidade e, como esta “não se apresenta aos homens, à primeira vista, mas através de síntese de múltiplas relações”, *esta* pesquisa objetivou apreender o real concreto, confrontando-o permanentemente ao referencial teórico configurado, como objeto, neste estudo (KOSIK, 1985, p.10).

Para Kosik (1985, p.42),

a compreensão dialética da totalidade significa não que as partes se encontram em relação de íntima interação e conexão entre si e com o todo, mas, também, que o todo não pode ser petrificado na observação situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes.

Assim, é pelas mediações²⁶ que, como uma das categorias básicas da dialética, apreende-se a realidade a partir das relações necessárias entre as partes e o todo, o que abre espaço para que as teorias se concretizem, tornando-se guias para o conhecimento.

Como a especificação do objeto da pesquisa e sua operacionalização são indissociáveis do campo de análise empírica e dos seus modos de investigação, estes constituem os meios de abordagem do real, fixam o quadro instrumental da apreensão dos dados e devem, por conseguinte, concordar com as técnicas de sua coleta, e com vistas a captar a totalidade de uma situação, opta-se, dentre os vários modos, pelo estudo de caso (BRUYNE, 1977, p. 223).

²⁶ A mediação implica uma relação dialética que tem como elementos constitutivos o movimento, a contradição e a superação. É uma categoria filosófica que aceita a idéia de processo, pautado nas concepções de força e de movimento, que só adquirem sentido pleno no “devir”. A força somente tem realidade por meio do seu outro, seu oposto e o “devir” encerra o movimento e a contradição inerentes à superação. Pode-se dizer que a cultura concebida como dupla mediação social que desempenha um aspecto dialético (em relação ao meio ambiente) e um aspecto dialógico (em relação às trocas dos atores sociais). Sustenta-se que é o principal fundamento da didática e como a *mediação* compreende várias acepções, cabe esclarecer que, neste trabalho, ela é entendida concebendo-se da ontologia do ser social de Lukács (1979).

3.2 ÁREA DO ESTUDO: A CIDADE DO RECIFE

Recife surgiu de um pequeno núcleo/aldeia de pescadores que, por volta de 1548 se estabeleceu na foz dos rios Capibaribe e Beberibe. Foi elevada à categoria de cidade em 1823 e, em 1827, tornou-se capital da província de Pernambuco. Oficialmente, a data de criação do município é 19/11/1709 e o aniversário da cidade é celebrado a 12 de março. (RECIFE, 2002)

A capital pernambucana tem uma área de 220 km², e uma população de 1.346.045 habitantes (IBGE, 1996), que representa 18,19% do total da população do Estado. É uma cidade que apresenta peculiaridades geográficas diversas, como morros, planícies, praias, entre outros, sendo 67,43% morros, 23,26% planícies, 9,3% áreas aquáticas, 5,58% de área verde e com 8,6 km de extensão de praias.

Localizada no litoral do Estado, a cidade é recortada pelos rios Capibaribe e Beberibe e integra a Região Metropolitana do Recife, que representa a quarta maior aglomeração urbana do Brasil. Seus limites são: ao norte, com Olinda e Paulista, ao sul, com Jaboatão dos Guararapes e Oceano Atlântico, a leste, com Olinda e o Oceano Atlântico e a oeste, com Camaragibe.

Maior centro cultural, de serviços, de saúde e de lazer do Nordeste, além de terceiro pólo gastronômico do País, o Recife é um dos portões de entrada do Brasil. Cortado por vários rios e banhada pelo mar, o Recife é uma cidade de contrastes, onde o antigo, legado português e holandês do tempo do Brasil Colonial, une-se às modernas construções.

Em 2001, sua população atingiu 1.421.947 habitantes e os bairros mais densos eram Brasília Teimosa, Alto José do Pinho e Mangueira.

O panorama sanitário da cidade não diverge do perfil de outras metrópoles de países em desenvolvimento, pois, convivem num mesmo espaço urbano agravos relacionados aos diversos determinantes do processo saúde-doença tais como: filariose, leptospirose, dengue; agravos relacionados à modernidade, como as doenças crônico-degenerativas; e as causas externas.

Com relação ao desenvolvimento urbano, considerando as décadas de 1970 e 1980, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) demonstra que a cidade revela médio desenvolvimento. Os índices parciais de educação, também revelaram o médio desenvolvimento. Na escala de crescimento do indicador, Recife ocupava a 189^a posição,

ficando acima apenas da Ilha de Fernando de Noronha, em relação aos outros municípios do Estado. Com relação à renda, a cidade apresenta um crescimento identificado entre 1970 e 1991, correspondente a 52,6% e em relação aos outros municípios do Estado, assume a primeira posição. No mesmo período, considerando a longevidade, a cidade apresenta um índice de crescimento de 60,1%, assim como, na avaliação da renda, em relação aos outros municípios do Estado, assume a primeira posição (RECIFE, 2000).

O município atualmente está distribuído em seis regiões político-administrativas (RPAs). No campo da saúde, essas regiões possuem cada uma sua sede de distrito sanitário que se divide, por sua vez, em microrregiões com vistas a facilitar o processo de descentralização. Esses distritos possuem, em seu território, serviços que dispõem de oferta nos diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde²⁷.

3.3 OS ATORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO EM ESTUDO: AS REDES SOCIO-TÉCNICAS COMO CONJUNTO EM AÇÃO

Segundo a OMS (1986), a Cidade Saudável é aquela que articula um grande conjunto de seus atores sociais – governo, partidos políticos, instituições públicas e privadas, sindicatos, associações, ONGs, famílias e indivíduos – para orientarem suas ações no sentido da produção coletiva da saúde, construindo uma rede de solidariedade com o objetivo comum de melhorar a qualidade de vida da população da cidade.

Mendes (1996), como um dos primeiros autores brasileiros a abordar o tema, em sua *Uma Agenda para a Saúde*, considera o projeto *idades/municípios saudáveis* como algo *estruturante do campo da saúde* e que requer, para sua implementação, uma mudança da gestão em saúde para uma gestão social onde o prefeito tem um papel estratégico como coordenador de todas as políticas públicas, inclusive da saúde.

Portanto, para complementar a análise de política proposta, é necessário identificar os principais atores envolvidos nesse processo. Neste caso, para a política *Recife Cidade Saudável*, adotou-se como definição que os atores de uma política são todas as pessoas,

²⁷ Atenção nos níveis primário, secundário e terciário.

instituições e organizações sociais, que contribuem direta ou indiretamente em todas as fases de seus processos, desde a sua formulação, implementação, até o controle social ou mesmo os que atuam em oposição à mesma. Foram buscados também, não só os interlocutores diretamente envolvidos nesta produção discursiva, mas aqueles que são referidos nos discursos e aqueles a que os textos das políticas se referem explicitamente (SPINK, 1999).

Foi levada em conta, também, a definição de rede socio-técnica que, segundo Martins (2004, p.113) se institui no interior dos sistemas organizacionais altamente regulamentados, públicos ou privados, visando a responder à necessidade de planejamento de ações intersetoriais complexas, cujos atores implicados são tanto as agências governamentais, os especialistas e acadêmicos da área, as agências externas que financiam políticas sociais, os atores da sociedade civil, os técnicos das ONGs e os técnicos que participam das instituições públicas na condição de especialistas, ocupando lugares em Fóruns e Conselhos.

Tomando como base estas considerações, foram buscados os representantes dos seguintes segmentos: da gestão em foco – Prefeito e Secretários (planejamento, educação, saneamento, política e serviço social); Conselhos Estaduais; Conselhos Municipais; Conferências Municipais; Conferências Distritais; Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS); CONASEMS; Secretaria Estadual de Saúde; Ministério da Saúde; Gerentes do Nível Central e Distritais da PCR; Trabalhadores; usuários e representantes da Academia.

Inicialmente, fizeram parte desta tese doze (12) atores/ informantes-chave, atores partícipes da gestão em foco, sendo seis (6) diretamente envolvidos com a Prefeitura da Cidade do Recife, e outros seis (6) como representantes de grupos da sociedade civil, conformando os dois grupos anteriormente definidos. A partir destes, outros 15 atores foram citados. Destes, 10 foram entrevistados e os demais não houve oportunidade em tempo hábil, ficou-se assim com um total de 22 atores, com respectivos códigos e características por instituição, listados na Figura 3 (Apêndice A).

A análise dos dois grupos entrevistados apresentou uma possibilidade para expressar uma proposta de trabalho coletivo e intersetorial. Em conformidade às áreas de formação, houve a participação de uma grande diversidade de profissionais médicos, pedagogo, assistente social, veterinário, engenheiro elétrico, da educação física, psicólogo, dentista, enfermeiro, sociólogo, economista, técnico de edificações, alfaiate, doméstico e auxiliar administrativo, de acordo com o nível de escolaridade apresentado.

No grupo governista, a ênfase foi na formação médica, com seis (6) participantes, sendo a maioria de formação de nível superior: dois doutores, um em ciências econômicas e outro em saúde pública; três mestres em saúde pública e um em medicina veterinária; quatro especialistas – em saúde pública, urbanismo, educação física e ciências políticas; dois graduados, um em serviço social/pedagogia e um nível médio, técnico em edificações.

O grupo não governista apresentou ainda mais diversidade, porém ficou em menor número. Constitui-se de dois doutores, um em odontologia social e outro médico, com doutorado interdisciplinar em prática de formação e pesquisa; dois mestres, um em sociologia e outro em saúde pública; dois especialistas médicos, um em saúde pública e outro em gestão da saúde e três com segundo grau (doméstica, alfaiate, e auxiliar de administração).

Quanto aos saberes e aos fazeres, o saber como uma visão de mundo, e a prática como construtora de sujeitos, é o que define, segundo Testa (1992, p.124), a ideologia. Portanto, o poder político surge como resultado da interação entre saber e prática, enquanto ideologia.

Assim, para o subgrupo dos professores doutores envolvidos com o processo estudado, tivemos saberes e fazeres os quais se coadunam com uma ideologia necessária ao desenvolvimento da Proposta Recife Cidade Saudável. Dos quatro doutores, três tem formação em saúde e com foco na área específica do tema e uma em economia, com ênfase em desenvolvimento regional, que em sua área tem muitas contribuições desta estratégia. Quanto às práticas, é neste grupo que os fazeres e experiências anteriores reforçam os saberes para a construção da mudança pretendida em relação à política Recife Cidade Saudável.

Para o subgrupo de professores mestres envolvidos, observa-se um afastamento em termos do saber do tema objeto da política, mas, em relação aos fazeres têm tudo para consolidar e contribuir para a mudança pretendida.

No subgrupo de especialistas envolvidos, observa-se uma grande experiência para lidar com as questões relacionadas com um dos principais princípios buscados para a operacionalização da estratégia Cidade Saudável – a participação da sociedade, porém, quanto à intersectorialidade, a experiência destes atores nos fala que, como articuladores, na sua maioria, dos processos políticos de estruturação do setor saúde, até os dias de hoje, alguns se colocam bem à parte de toda a elaboração que foi demandada desde a Conferência de Ottawa, no Canadá (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986), ocorrida concomitantemente à nossa VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS). Assim, os relatos de suas experiências vieram a se refletir no que foi gestado, no Brasil, quanto a esta proposta, posteriormente, só

nos anos 90, como nos ensinou a experiência pioneira no Ceará (Ent. GNG-05). E, para outros, uma total aptidão técnica e principalmente posição política para influenciar na propagação e trabalhar no sentido de uma compreensão mais ampla da proposta.

O subgrupo dos informantes-chaves, com graduação e nível médio, apresenta a maior diversidade quanto à formação e também os maiores vínculos políticos com o processo, além de serem partícipes da sociedade como usuários ou como delegados envolvidos no programa de maior aderência ao programa que trabalha com a participação e a intersetorialidade, aprimorado nesta gestão.

3.4 FONTES DE INFORMAÇÃO E AS TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Para a realização desta pesquisa, tendo como missão o estudo de fenômenos sociais, é impossível não conceber as suas raízes históricas, os seus significados culturais e suas vinculações com a macro-realidade social. Por isto, envolve o estudo do uso e a coleta de uma variedade de materiais empíricos, que descrevem momentos e significados rotineiros e problemáticos na vida dos indivíduos, para tanto é proposta a triangulação de métodos, já na coleta dos dados.

Para Minayo (2005, p.29), triangulação é um conceito resultante do interacionismo simbólico e foi inicialmente definido como a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista. Seria uma 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 acompanham o trabalho da investigação e do seu uso e, na prática, permite interação, crítica intersubjetiva e comparação.

Neves (1996), ao se referir à triangulação metodológica para a complexidade dos estudos qualitativos, recomenda que se faça necessária a utilização de mais de uma técnica de coleta de dados que permita ao pesquisador reunir um maior número de informações, tanto no campo do discurso oficial da gestão, que implementa a política, quanto dos valores, crenças e representações dos atores envolvidos que, muitas vezes, não se explicita observando apenas uma única técnica de coleta.

Na técnica de triangulação de método, recomenda-se, em primeiro lugar, focar os processos e produtos elaborados pelo pesquisador; em segundo lugar, o enfoque deve ser direcionado para os elementos produzidos pelo meio institucional, técnico, social e está representado pelo registro nos documentos; e a terceira está voltada para os processos e produtos originados da estrutura socioeconômica e cultural do macro-contexto social no qual o sujeito e o objeto a ser estudado estão inseridos de forma interdependente (TRIVIÑOS, 1987).

As fontes de dados primárias foram as seguintes: entrevistas com informantes-chave e informações obtidas em oficina que permitiu interação do pesquisador com os sujeitos do estudo na situação de *analísadores* do processo político por eles construído e, como fonte secundária, os documentos.

3.4.1 A Entrevista

Para o estudo qualitativo proposto, a técnica de entrevista se impõe como uma das mais utilizadas, porque possibilita a apreensão dos processos vivenciados e as percepções dos diversos atores envolvidos. Aplicou-se um modelo de tipo guiado, semi-estruturado (KVALE, 1996), cujo roteiro orientador (Apêndice B) amparou-se objetivos propostos para o objeto em estudo – as políticas inovadoras, defendidas pelo município do Recife, para perseguir a estratégia Cidade Saudável.

Diante a principal categoria ordenadora de qualquer processo social, buscou-se o poder e, segundo Testa (1982), neste caso, o poder político, o delineamento da sua estrutura, identificando os representantes das várias forças sociais envolvidas. Fez-se necessário abordar não só a direção central da gestão municipal, bem como escolher informantes-chave das secretarias envolvidas na implementação dos projetos e /ou programas, dos servidores e da sociedade civil (ver relação em Apêndice A).

A sua realização ocorreu no período compreendido entre os meses de novembro de 2007 e março de 2008. Foram entrevistados 22 atores participantes das articulações desse processo.

As entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas, com duração média de 60 minutos, posteriormente transcritas e, em seguida, armazenadas em registro online com o editor de texto Word, resultando em 250 páginas digitadas na fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço 1,5. Realizou-se, também, um controle das transcrições através de leitura associada à audição repetida das fitas e às anotações complementares em diário de campo²⁸, confeccionadas após as entrevistas. E, para garantir o anonimato dos sujeitos entrevistados, realizou-se uma numeração por ordem alfabética.

3.4.2 A Pesquisa Documental

Diversas fontes foram utilizadas na pesquisa documental: projetos e/ou programas, documentos oficiais, publicações e informações administrativas oficiais ou oficiosas; documentos de imprensa, cujo objetivo foi o resgate daqueles que permitem caracterizar o conteúdo das políticas direcionadas às tendências centradas nos paradigmas de Cidades Saudáveis, Qualidade de Vida e Desenvolvimento Humano como estratégia para o desenvolvimento de um Recife Saudável. Estas entrevistas permitiram a identificação de 30 documentos considerados marco da política que é objeto deste estudo e listados na Figura 4 (Apêndice C).

3.4.3 Uma Devolução Sistematizada sob Forma de uma Oficina

A terceira fonte de dados, adotando-se uma perspectiva pluralista enquanto proposta teórico-metodológica (VILLASANTE, 2006), foi utilizada para que os entrevistados participassem como atores da análise como *conjunto em ação* e para dar visibilidade e continuidade às discussões sobre as políticas estudadas.

²⁸ Nota da autora, o *diário ou caderneta de campo* ajudou na inteligibilidade e a rememoração dos dados, ajudando a memória do que foi presenciado “estando lá”, para o registro no “estando aqui” (fora do campo).

3.5 PLANO DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Segundo Minayo, a análise dos dados qualitativos impõe grandes obstáculos aos pesquisadores: “a ilusão da transparência dos mesmos [...]; o sucumbimento à magia dos métodos e das técnicas, esquecendo o essencial [...]; e a dificuldade em articular teoria e conceitos abstratos com dados colhidos no campo [...]” (MINAYO, 1992, p. 197).

Para a superação destes obstáculos, buscar-se-á na literatura, uma ampla variedade de práticas interpretativas interligadas, na expectativa de conseguir sempre compreender melhor o objeto em estudo. Contudo, lembra Denzin (2007, p.17), cada prática garante uma visão de mundo diferenciada, devendo existir o comprometimento no emprego de mais de uma prática interpretativa em qualquer estudo.

Para esta abordagem qualitativa, são descritas três formas de análise: a documental, a de discurso, mediante uma hermenêutica-dialética proposta por Habermas (1987) e, como subsídio, a mudança de paradigma na promoção da ação integrada das políticas públicas para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, um momento socioprático de investigação participativa.

Para Minayo (1992), a hermenêutica-dialética é citada como um instrumento adequado às dimensões e à dinâmica das relações que são apreendidas numa pesquisa que toma como objeto a saúde em uma das suas diversas facetas: concepções, políticas, administração, configuração institucional, entre outras, enquanto representações sociais.

Ainda o mesmo(a) autor(a) e colaboradores, expõe como necessária uma estratégia de monitoramento: a avaliação por triangulação de métodos, como uma contribuição para o avanço das análises de políticas sociais no Brasil (2005, p.17). Para estes autores, essa proposta metodológica conjuga a presença do avaliador externo; as abordagens quantitativas e qualitativas e, de forma relevante, a análise do contexto, da história, das relações, das representações e da participação. Promove, assim, de forma complementar e dialética, o diálogo entre as questões objetivas e subjetivas, bem como privilegiando a análise dos consensos, dos conflitos e das contradições que são indícios de mudanças, o que evidenciará a necessidade de ampliar o espectro de contribuições teórico-metodológicas, de que se façam

perceptíveis movimentos, estruturas, ação dos sujeitos, indicadores e relações entre micro e macro realidades (MINAYO, 2005, p.29).

Assim, tentou-se captar a especificidade dos processos ocorridos no espaço particular da cidade do Recife em dois momentos:

3.5.1 O primeiro momento: a análise de políticas

Para Testa (2002), desde a origem dos tempos, a política tem por propósito a construção de um mundo melhor, seja quando o interpretamos como uma reconstrução, seja quando cremos na construção de um mundo livre que nos permita escapar do mundo das necessidades e das iniquidades. Assim, a análise de políticas²⁹ tem o objetivo de intervir nas políticas públicas, norteadas pelo intuito de formulá-las ou propor outras diferentes, analisando-as durante ou após implementação, como também permitir o fortalecimento teórico do campo, o desenvolvimento e aprimoramento no âmbito das intervenções públicas (ARAÚJO JR., 2000).

Para o presente estudo, a opção metodológica pela denominada Análise Compreensiva de Política (ARAÚJO JR., 2000) possibilitou um olhar sobre o contexto, referindo-se às produções sócio-históricas, políticas e ideológicas que a circunscrevem, focalizando a análise no macro contexto em âmbito nacional, buscando identificar as principais características do cenário nacional, como: a organização política e administrativa do governo e sua posição nos jogos de poder com outros atores internacionais. Já para o micro contexto, serão apontados os aspectos relevantes à compreensão da política local, objeto do presente estudo. Assim, consideram-se os elementos existentes ou ausentes no cenário nacional necessários às diretrizes de uma Política de Promoção da Saúde e à estratégia Cidades Saudáveis produzido localmente.

²⁹ Araújo-Jr. (2000, p.31) define a *análise de políticas* como uma abordagem de estudo que permite formar uma opinião acerca das políticas públicas. De acordo com este autor, a análise se caracteriza como uma categoria de investigação com metodologia própria que deve ser claramente delineada e explicitada, pois reflete formas específicas de se compreender as políticas públicas, os objetivos, seu estudo. Para Arretche, através da análise, busca-se o entendimento dos critérios que fundamentam a política através da elucidação do caráter político do processo decisório ou valores políticos identificados e distingue-se do campo de abordagens que tratam de avaliação de políticas que utiliza métodos e técnicas de pesquisa que permitam estabelecer uma relação de causalidade entre um programa e o seu resultado.

3.5.1.1 Análise de Contexto

Pretendendo-se analisar o ambiente em que as mudanças acontecem e onde a política é implantada, assim como os possíveis impactos da política, analisaremos o contexto do período estudado, a fim de possibilitar a apropriação do entendimento da importância e das possíveis características complexas da política para a cidade do Recife e as influências em âmbito nacional e estadual.

No macro-contexto, para a política de Promoção da Saúde e a estratégia de Cidades Saudáveis para a Cidade do Recife, têm-se:

- a) na esfera política, foram considerados tanto os aspectos relativos ao regime político, quanto às mudanças políticas do período estudado, em âmbito nacional, em relação à tensão entre políticas econômicas e sociais implementadas e ao panorama da globalização e as influências internacionais decisivas para este contexto político;
- b) na esfera econômica, considerou-se como elemento de análise o direcionamento dos gastos públicos frente à realidade social existente;
- c) na esfera social, abordaram-se as desigualdades sociais, a qualidade de vida da população e os índices de pobreza e desenvolvimento humano.

No micro-contexto, para a política de Promoção da Saúde e a estratégia de Cidades Saudáveis, neste estudo, foram considerados os aspectos locais da política em questão no âmbito da Cidade do Recife:

- a) no âmbito político do município, ressaltaram-se as diretrizes e linhas de ação política da Prefeitura da Cidade do Recife (PCR) e suas relações com o contexto político institucional do Estado;
- b) no âmbito financeiro da cidade, foram abordados as finanças do município, os mecanismos de repasses financeiros, as fontes e os valores de recursos destinados aos programas prioritários da PCR;

c) no âmbito social, foram contemplados os principais problemas e os direcionamentos referentes aos programas instituídos, no período desta gestão.

Em síntese, a categoria Contexto e suas subcategorias, macro e micro-contexto, serão sistematizadas e analisadas, segundo quadro (Figura 5) a seguir:

POLÍTICA RECIFE CIDADE SAUDÁVEL		
Macro-Contexto		
Esfera Política	Esfera Econômica	Esfera Social
<ul style="list-style-type: none"> Regime político Mudanças políticas Influências internacionais 	<ul style="list-style-type: none"> Políticas econômicas e financeiras Gastos públicos 	<ul style="list-style-type: none"> Qualidade de vida Desigualdades sociais e distribuição de renda Pobreza Desenvolvimento humano.
Micro-Contexto		
O Âmbito da Política Municipal	O Financiamento Local	O Panorama das Desigualdades Sócio- Sanitária e os Programas Priorizados
<ul style="list-style-type: none"> Diretrizes e linhas de ação das políticas setoriais Relações com o atual contexto político-institucional do Estado 	<ul style="list-style-type: none"> Orçamento e gastos do município Fonte e quantidade de recursos para os programas prioritários 	<ul style="list-style-type: none"> Principais problemas sociais e de saúde do município Programas prioritários instituídos.

Figura 5: Matriz de análise da categoria Contexto da política e suas subcategorias operacionais
Fonte: Adaptado de Araújo Jr. e Maciel Filho (2001).

3.5.1.2 A análise do conteúdo da política

Sabendo-se da escassez de uma bibliografia sobre Análise de Conteúdo, Araújo Jr. (2000) recomenda Matus (1999), cujo foco se centra no estudo do momento normativo do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Assume-se que uma política social e seus propósitos devem ser formulados em consonância com um problema ou grupo de problemas, identificados pelos atores que comandam o processo, e após esta identificação, a Análise de Conteúdo deverá ser concentrada no propósito, finalidade, metas, objetivos e alvos. Recomenda-se, também, que sejam observados os recursos necessários à efetivação da política: recursos materiais (equipamentos e financeiros); recursos técnicos e organizacionais

(conhecimento e capacidade gerencial) e recursos políticos (poder para viabilizar a política). A análise deve, ainda, contar com a observação da organização interna da proposta em termos de seqüência das ações e sua coerência externa, se o conteúdo se destina a atacar o problema identificado na Análise de Contexto.

Assim, a partir de Matus (1999), o conteúdo de uma política será visto, na prática, enquanto um jogo de medidas combinadas em uma seqüência particular, a fim transformar uma situação real (SR) em uma desejada (SD), como é mostrado esquematicamente no quadro a seguir (Figura 6):

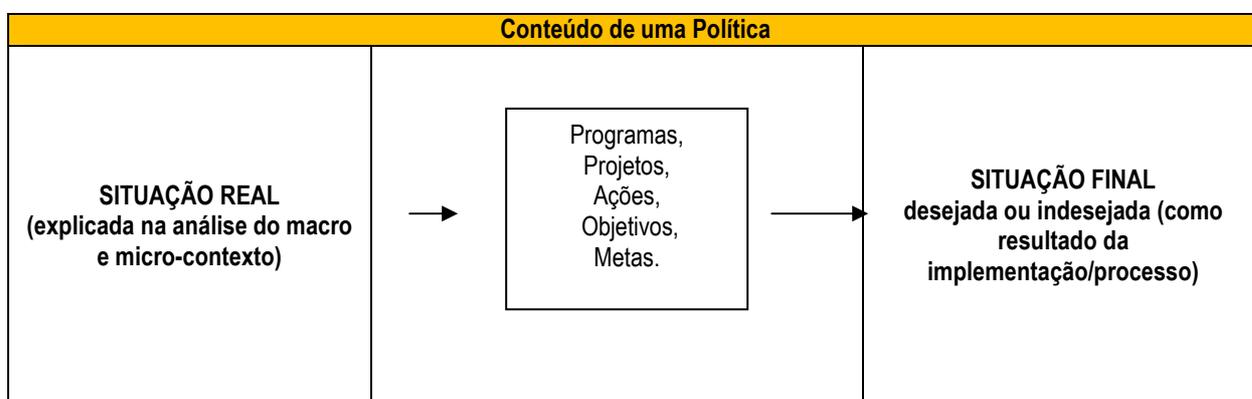


Figura 6: O conteúdo da política
Fonte: Araújo Jr. e Maciel Filho (2001).

3.5.1.3 A análise dos atores

Os atores, categoria imprescindível em um modelo de análise de política, são os que contribuem direta ou indiretamente para esta política, em todas as fases de seu processo – isto equivale a dizer, desde a formulação, até a implementação, considerando-se inclusive o controle social ou mesmo os que atuam em oposição à política. A definição de atores se aproxima da concepção de vozes proposta por Spink (1999), que se refere tanto aos interlocutores diretamente envolvidos em uma produção discursiva, quanto àqueles que são referidos neste discurso. Assim, os atores são também aqueles a que os textos das políticas se referem explicitamente.

Para Gerschman (1989), o papel dos atores é fundamental para que se compreendam as inovações políticas e/ou os processos de racionalização administrativa, equacionados mediante a compatibilização ou adequação de estratégias políticas. Estas são encampadas ou geradas por atores sociais específicos que, em determinados momentos, assumem interesses diversos, como o de classe, os corporativos, os de grupos e os individuais (incluindo os específicos ou os de caráter clientelista). O desempenho de tais estratégias é dado pela atuação dos atores.

Os atores são os agentes de algum processo inerente à política – pessoas, organizações coletivas ou instituições – que podem exercer diversos papéis, como: formuladores da política, responsáveis por sua implantação, aliados ou até mesmo de opositores da política, porém sempre trazendo consigo seus valores ideológicos e visões políticas.

Para tanto, na análise dos atores, é necessário que se caracterizem os principais atores, como se mobilizam em relação às propostas da política e as possibilidades de alianças e coalizões, assim como devem ser identificadas as estratégias adotadas pelos diferentes atores para assegurar a viabilidade da política – *cooperação, cooptação ou conflito*. A compreensão desse panorama pode facilitar uma análise acerca da viabilidade da política em questão, segundo as correlações de forças identificadas (ARAÚJO JR.; MACIEL FILHO, 2001).

Nesta análise, o poder enquanto categoria é a principal variável deste processo que perpassa todas as categorias de análise fundamentais ao entendimento do ciclo da política. A compreensão da sua dinâmica, na atualidade, permite ir além da simples idéia de que ele representa apenas a influência que um ator exerce sobre outros. A capacidade em definir quais são os problemas prioritários que constarão na agenda política, assim como as questões importantes merecedoras da atenção do Estado são uma forma de expressão do poder.

O entendimento da dinâmica do poder se torna uma prioridade para identificação dos atores ou dos grupos que se beneficiam com as políticas colocadas em prática pelos governos, estabelecendo, assim, uma análise que demonstre o caráter includente ou não de determinada política social, considerando-a tanto uma estratégia de ação do Estado, quanto uma luta em função do exercício do poder real constituinte em uma variável de extrema importância no seu processo de análise (ARAÚJO JR.; MACIEL FILHO, 2001).

O poder – em conformidade com vários autores (BOBBIO, N.; CORDEIRO, 1995, p.53-64; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G., 2000, p.933-943, TESTA, 1981, p.38), nas sociedades modernas, quanto aos âmbitos onde ocorre a ação que expressa relações de poder,

amparados em um critério semelhante ao dos recursos – pode ser classificado de forma a obter três grandes classes ou vertentes:

- a) aquela que corresponde às atividades enquanto processos que manejam todos os recursos (principalmente os econômicos e especificamente os fluxos sociais do financiamento do setor), cujos instrumentos de poder são os saberes sobre as normas, a gestão e a organização. Vale-se da posse de determinados bens para induzirem os que não os possuem e deles necessitam adotarem o comportamento desejado pelos que os detêm. O que define o poder administrativo ou econômico é a capacidade de se apropriar e de atribuir recursos;
- b) aquela que se define em consonância com os conhecimentos utilizados nos diversos níveis de funcionamento do setor denominado poder técnico ou ideológico; é a capacidade de gerar, aceder, lidar com a informação e corresponde ao controle dos saberes técnicos³⁰, é a teoria que embasa a prática das atividades. Utiliza a influência das idéias, que expressas e definidas sob certas circunstâncias e mediante certos processos, influenciam a conduta dos que dela são alvos. Na saúde, expressa-se nas suas diversas acepções ou formas de conhecimento (formal e informal, científico ou popular, do campo da biologia – o saber médico e os das diversas áreas da saúde, o sanitário, o administrativo e os das outras áreas afins). Esse saber circula nos vários âmbitos do setor, ou seja, da docência, da investigação, dos serviços, etc [...] e em variada proporções;
- c) aquela que funciona segundo os interesses dos diversos grupos, no setor, denominado poder político, tendo ao seu dispor uma gama de diversos recursos, definidos pelas circunstâncias das conjunturas sociais, quais sejam: votos, as filiações, as discussões em âmbitos decisórios e a capacidade de mobilização etc. Essa última vai depender de uma certa forma de conhecimento, mediante uma

³⁰ Quanto às formas de práticas, dependendo da ideologia do poder - a lógica formal racionalista ou a lógica dialética do materialismo histórico - são a dominação ou a hegemonia. O saber, qual uma visão de mundo, e a prática, qual construtora de sujeitos, constitui-se como a definição de ideologia assumida pelo autor em questão, portanto, o poder político surge como resultado da interação entre saber e prática, enquanto ideologia. Assim, além da dicotomia cotidiano / societário, o poder político, para o autor, assume certas características resultantes da combinação desses tipos de saberes e dessas práticas, dando origem a quatro casos, tendo, como exemplos, algumas circunstâncias individuais, organizacionais ou políticas assumidas para cada uma dessas formas de poder, quais sejam: Saber empírico + prática de dominação = machismo / prepotência; saber empírico + prática hegemônica = organizações não classistas / liderança; saber científico + prática de dominação = ditadura / burocracia; saber científico + prática de hegemonia = poder político de classe (TESTA, 1992, p.124).

experiência concreta – não refletido ou de aporte científico – formalizado em sua aquisição e produto de uma reflexão - racionalismo/dialética, é uma prática construtora dos dois sujeitos, os mobilizadores e os mobilizados, considerado aqui, não só como capacidade, mas como ideologia. Assim, o poder político é o que pode recorrer à força para fazer prevalecer a sua vontade, constituindo-se a categoria de poder exercido pelo homem sobre o homem, segundo estes autores, correspondente ao poder político. É necessário ficar claro que, para o poder político ser exercido, não é preciso o uso da força, porque o que o caracteriza não é o seu uso, mas a prerrogativa ou a exclusividade em fazê-lo.

Testa afirma que o poder político, no setor saúde, possui características diferenciadas dos outros dois supracitados, tendo em vista que, enquanto o poder político pode assumir as formas empírico-hegemônica e científico-hegemônica, os poderes técnico e administrativo participam das combinações nas quais intervém a prática de dominação associada à combinação empírico-hegemônica. Desse modo, o autor, afirma que o poder político intersecta-se com os poderes, técnico e administrativo, nas formas de saber científico, qual prática de dominação e de saber empírico, como prática hegemônica, o que possibilitaria o deslocamento virtual dessas formas de poder para as formas científico-hegemônicas, próprias do poder da classe (CORDEIRO, 1995).

Portanto, o poder é definido como capacidade de manipular recursos, informações e interesses por pessoas, grupo social ou instituição. Assim definidos, os recursos de poder, enquanto uma nova categoria, permitem, a partir de um aspecto instrumental do manejo de poder, estudar suas inter-relações nos campos onde eles se desenvolvem; como também, permite a definição deles enquanto cenário onde se desenvolvem a ação e as discriminações dos vários tipos de recursos de poder. Todos esses aspectos configuram como importantes para o momento do desenho da estratégia de mudança.

Na análise dos atores da política, os seguintes passos devem ser percorridos, de acordo com Araújo Jr. (2000), na sistematização do quadro abaixo (Figura 7):

Passos da Análise	
1.	Identificação dos principais atores envolvidos na política.
2.	Identificação do posicionamento de cada ator em relação à política.
3.	Descrever se os atores estão mobilizados ou não de acordo com suas posições.
4.	Estabelecer o poder de cada ator em relação aos outros.
5.	Analisar a possibilidade de alianças e coalizões entre eles.
6.	Analisar a viabilidade da política.

Figura 7: Passos da Análise dos Atores da Política
Fonte: Araújo Jr. (2000).

3.5.1.4 O Processo Político

Para a operacionalização da análise de formulação de uma política, Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) recomendam que é preciso saber quem decide e quem influencia, referindo que existem basicamente dois grupos de opiniões sobre quem tem poder para tomar decisões e influenciar o processo de uma política, o que evidentemente contempla uma visão pluralista, que compreende o poder como difundido e distribuído entre grupos, instituições e indivíduos dentro da sociedade. Deve-se lembrar que, embora o poder possa estar desigualmente distribuído, nunca há concentração ou monopólio do mesmo por parte de poucos. A outra visão aqui abordada é a elitista, que concebe a elite política, em qualquer sociedade, como elo/concentração de poder, formando a rede dos mais poderosos, não apenas na política, mas também nos negócios, entre militares, burocratas. Neste processo, faz-se necessário lembrar que existe um conceito de classe dominante, no qual o Estado assume que seguirá as preferências da elite.

Enfatiza-se, também, que é compreensível a adoção da via pluralista por aqueles os quais aceitam que os objetivos e resultados da política favoreçam os interesses públicos, por que direta ou indiretamente, através de representantes, a maioria de alguma forma influenciou e apoiou o processo político, podendo, neste caso, o governo ser suficientemente aberto para negociar com representantes de diferentes grupos sociais.

Embora Walt e Gilson (1994) façam um alerta sobre a emergência de grupos corporativos poderosos que podem facilitar o surgimento de outro fenômeno político – o

corporativismo – pode ser do interesse do Estado o surgimento de corporações fortes, visto que se torna mais fácil negociar com eles, do que mediar interesses diversos. Também se discute que o papel do Estado enquanto mediador, embora não seja raro, sofre pressões de outros grupos nacionais ou mesmo internacionais e destaca que, muitas vezes, as macro-políticas são decididas de forma elitista e as micro-políticas de forma pluralista. Abaixo, o quadro (Figura 8) sistematiza este pensamento:

Tipos e níveis de políticas		
Tipo de Política	Macro-Política Política Sistêmica	Micro-Política Política Setorial
Nível da Política	Governo Nacional Governo Estadual Governo Municipal	Ministro da saúde Secretário de Saúde Estado Secretário de Saúde do Município

Figura 8: Tipos e Níveis de Políticas
Fonte: Walt e Gilson (1994).

O modelo selecionado para esta tese, acompanhando Araújo Jr.(2000), aponta que, para a análise de implementação, é necessário saber como são realizados tais procedimentos de execução das políticas, quais as vantagens e obstáculos, que estratégias e atividades são aplicadas para o enfrentamento dos referidos processos. Ressaltam, para isto, algumas características que, no processo de implementação das políticas, devem ser identificadas, seguindo determinados critérios:

Primeiro, o modo de implementação e o reconhecimento de que existem duas vias antitéticas, isto é, a descendente e a ascendente. A via tradicionalista é a descendente, concebida uma forma mais autoritária, em que a implementação é feita por técnicos intermediários. E, a outra, ascendente, considera os implementadores da política peças-chave, que não fazem uma distinção clara entre a formulação e a implementação da política. E enfatiza a atenção que, na maioria dos casos, reconhece-se um estágio intermediário entre os dois extremos.

Segundo, trata dos níveis de governo, nacional e local, nos quais pode haver a centralização ou a descentralização de poder. Os autores ressaltam que, mesmo com processos de descentralização, os níveis mais centrais mantêm algum tipo de controle orçamentário, normativo, legislativo ou regulatório.

Quanto às vantagens e dificuldades para implementação da política, comenta-se que existem fatores facilitadores ou dificultadores e, de acordo como tipo o de política, se é uma política mais sistêmica, pode ser mais difícil a implementação do que uma mais periférica. Reconhece-se como vantagem, quando a política requer apenas um ator para ser implementada, pois quanto mais atores envolvidos, maior a dificuldade para que se efetue a sua execução. Têm-se também, metas e objetivos da política, que, quanto mais esclarecidos e precisos forem, mais viável será a implementação. Em contraposição, admite-se que as políticas com um menor grau de esclarecimento para a população-alvo, dificilmente serão implementadas. Outro aspecto se refere ao tempo de implementação, de sorte que, quanto mais rápido (ágil) for, mais fácil a implementação, pois as hesitações e disputas são bem menores.

Matus (1999), em relação às referidas dificuldades para a implementação de uma política, argumenta que o contexto circundante à política é usualmente caracterizado por escassez de recursos políticos, financeiros, gerenciais e técnicos e descreve três vieses ou atitudes que podem ser adotados para o seu enfrentamento: 1) ignorar as dificuldades; 2) reconhecer as dificuldades e buscar adaptar a política à escassez, o que, conseqüentemente, pode desqualificá-la e imobilizá-la; e, por último, o terceiro viés 3) que é o reconhecimento das dificuldades e a tentativa de compreendê-las, subsidiando alternativas para implementação da política, mediante a procura dos recursos necessários a sua viabilização e, para isto, ele sugere três tipos de estratégias:

- a) estratégia de cooperação com outros atores, o quê significa negociação por vias conjuntas;
- b) estratégia de cooptação desses atores ou a tentativa de atrair os outros atores, levando-os a pensar que a sua é a mais correta, motivando pelo argumento do convencimento ou da desistência;
- c) estratégia de conflito com outros atores que visa reduzir o poder do oponente por diferentes vias.

As vias de cooperação, cooptação e conflito não são mutuamente excludentes, assim como Matus (1999) e Walt (1984) também identificam como recursos fundamentais do processo político os recursos políticos, financeiros, gerenciais e técnicos. A última autora, para avaliar os recursos políticos, sugere saber algumas questões, como: qual a legitimidade

do governo, qual sua estabilidade, se há possibilidade de oposição e se há tempo para criação de condições da construção de uma base de sustentação, se há independência do governo, se a política afeta grupos de interesse e, por fim, sugere saber qual a posição da *elite* em relação à política.

Então, recomenda: como os recursos políticos são os mais importantes, os formuladores devem ser capazes de realizar análises e costuras para garanti-los e, para tal, Walt reconhece que existem três modelos explicativos básicos do modo acerca do desenvolvimento de uma política desde o primeiro estágio de identificação do problema até o último, que é o de avaliação da política, que concorde com a racionalidade para implementação de política:

- a) modelo racional – modelo normativo em que entre o período de identificação do problema até a avaliação as melhores decisões técnicas pode ser tomado como um modelo ideal (idealizado) que contradiz a realidade (o mundo real não é previsível nem controlado);
- b) modelo incremental – visão pragmática acerca do modo de desenvolvimento do processo político;
- c) modelo misto – situa-se entre os dois modelos anteriores.

Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) acrescentam, ainda, o modelo estratégico aos anteriores, centrado em sua viabilização, com ênfase em pequenas mudanças que possam provocar grandes transformações.

Segundo Frey (2000), as três dimensões processuais, para estudos compreensivos ou globais mais relevantes, são:

- a) a interação em redes, entre as diferentes instituições e grupos na gênese e na implementação de uma determinada política – *policy network*;
- b) arena política – *policy arena*, que são as reações e expectativas das pessoas afetadas por medidas políticas, considerando-as na formulação e implementação da política;
- c) ciclo de política, que é entendida pela inter-relação das várias etapas que a constituem. Por seu caráter processual, estas três dimensões seriam as mais adequadas para estudos empíricos na análise de políticas.

Para Araújo Jr. (2000), no processo político, há um inter-relacionamento e interdependência entre estas dimensões. As duas primeiras se referem aos contextos, enquanto a última está mais circunscrita aos conteúdos dos subsistemas setoriais ou programáticos. Esta segunda dimensão aponta os conflitos e consensos que se expressam frente aos resultados obtidos, como os grupos-alvo ou a população em geral serão beneficiados.

Outro caminho para classificar políticas, também sugerido por Walt, processa-se por meio dos seus principais resultados ou efeitos. De acordo com a idéia, a política pode ser:

- a) distributiva – quando a política promove a distribuição de bens e serviços para alguns grupos na sociedade sem penalizar ou reduzir benefícios de outros grupos, ou seja, tem baixo grau de conflito, sem custos para os grupos. Este grupo particular tende a não ser contestado (ex. distribuição de merenda para reduzir a desnutrição);
- b) redistributiva – esta é uma política estruturada na transferência de recursos de alguns grupos para outros, afetando, de algum modo, o modelo de distribuição de renda na sociedade. Pode ser progressiva (dos mais ricos para os mais pobres), ou regressiva (dos mais pobres para os mais ricos). Em ambos os casos, são políticas que tendem a ser fortemente contestadas, sobretudo, por parte daqueles que pagam por ela (ex. criação de uma taxa sobre bens de consumo da parcela mais rica para financiar algum programa de saúde), orientadas assim, para o conflito, por desviar e deslocar recursos financeiros entre camadas ou grupos sociais;
- c) auto-regulatória – esta tem como definição introduzir medidas regulatórias. Geralmente, como se dispõe de poucas ou mesmo não tem repercussão sobre outras organizações, não são controversas;
- d) regulatória – estas políticas freqüentemente envolvem a implementação de restrições regulatórias efetivadas pelas autoridades sanitárias (ou outras). A política regulatória tende a ser conflituosa, à medida que restringe o espaço da organização pretendida. São, portanto, normativas, podendo distribuir custos e benefícios de forma igualitária ou a interesses particulares;
- e) constitutiva ou estruturadora – quando determinam a regra do jogo, referindo-se à esfera da política e suas instituições, e à sua criação ou modelação.

Uma vez que as políticas públicas são processuais, dinâmicas e dialéticas e não podendo ocorrer a separação de cada uma de suas fases, a não ser para fins didáticos e, segundo Araújo Jr. (2000), tomando esta estrutura como referência, a maioria dos aspectos do primeiro e quarto estágios são discutidos na análise de contexto da política. Para análise do processo, serão considerados o segundo e o terceiro aspectos: formulação da política e implementação da política, os quais, mais uma vez, vale ressaltar, ocorrem muitas vezes de forma sistemática, paralela e articulada.

Finalmente, Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) reconhecem que, embora apresentado separadamente, para os seus formuladores, este modelo traz em si a idéia de inter-relações que existem entre os quatro elementos. Assim, os atores são influenciados pelo contexto em que eles vivem e trabalham, tanto no nível macro de governo, quanto no nível micro das instituições: o contexto sofre a influência de diversos fatores, como instabilidade e incerteza, criadas pelas mudanças de regime político ou pela guerra, ideologia (neoliberal ou socialista), história e cultura; o processo, em consequência disto, os atores afetam o processo, suas posições nas estruturas de poder, seus valores e expectativas; o conteúdo da política reflete algumas ou todas as demais dimensões.

3.5.1.5 Análise de dados

Para este primeiro momento, foram utilizados três tipos de análise de dados. A análise documental e a de discurso e, para uma superação de ambas – a hermenêutica-dialética, com finalidade de oportunizar um processo mais adequado e globalizante que não só apreende o conteúdo, como também o seu processo de construção, recomendada por Minayo (1992) e assumida por Araújo Jr. (2000) em seu modelo.

3.5.1.5.1 *A análise dos discursos*

A *análise de discurso* foi aplicada aos dados das entrevistas guiadas ou semi-estruturadas, com início após a transcrição das fitas, quando se prosseguiu com a leitura sistemática do material com a finalidade de identificar dados referentes a: a) temas relacionados às políticas em questão, contexto no qual estas políticas foram formuladas e implementadas; os atores envolvidos, seus saberes e fazeres, forma de inserção dos mesmos na gestão analisada, bem como uma avaliação do processo desencadeado para a implementação das referidas políticas, permitindo compreender a formulação e implementação das políticas orientadas para possibilitar um Recife Saudável; b) e, que fossem complementares aos dados documentais no processo de análise dessa política.

Os dados utilizados para a sistematização da análise da política foram: aspectos históricos e características da política, modelo e organização das ações, com particularidades para aquelas voltadas às ações de promoção da saúde.

A análise de discurso tenta ultrapassar a análise de conteúdo tradicional, substituindo o critério estatístico-quantitativo propondo avaliar o rigor da abordagem, compreendendo as regras próprias do processo discursivo, atingindo as estruturas profundas na raiz da comunicação.

3.5.1.5.2 *A análise documental*

A análise documental constitui-se num importante instrumento de produção das informações qualitativas e é de grande utilidade enquanto análise do conteúdo dos documentos, evidenciando uma estratégia metodológica relevante para o estudo de políticas públicas. Como instrumento, permite identificar os conteúdos das políticas do município selecionado e o encadeamento sócio-político das propostas e de suas estratégias de implementação, permitindo, ainda, considerar o contexto sócio-político-econômico no qual a política setorial é formulada e implementada.

Na análise dos documentos em uma pesquisa qualitativa, o pesquisador deverá direcionar o foco de sua atenção ao conteúdo exposto, com também à tentativa de descobrir o conteúdo latente destes, ou seja, as características estruturais e históricas do fenômeno social estudado (TRIVIÑOS, 1992).

Para tanto, serão selecionados os conteúdos das diversas políticas analisadas, bem como o cenário político geral, isto é, a composição das forças políticas que dão apoio ao governo e das forças opositoras, papel da sociedade civil, organização partidária, etc.

Bardin, na sua definição da análise de conteúdo, inicialmente estabelecendo uma relação com a análise documental: “uma operação ou conjunto de operações visando a organizar os conteúdos de documentos sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior, a sua consulta e referenciação”. Esta é considerada uma das técnicas da análise de conteúdo – um conjunto de técnicas de análise das comunicações, cujo objetivo “é a manipulação de mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo), para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre outra realidade que não a da mensagem” (BARDIN, 1977, p.45-46).

Pimentel (2001) afirma que organizar o material, significa processar a leitura, segundo critérios da análise de conteúdo, comportando algumas técnicas, tais como fichamento, levantamento quantitativo e qualitativo de termos e assuntos recorrentes, criação de códigos para facilitar o controle e manuseio. Dessas ações, do estudo realizado, resultaram dois quadros: o primeiro sintetizou a classificação realizada sobre todo o material obtido, seguindo a cronologia das publicações; o segundo contém as temáticas que mais insistentemente ocuparam o universo dessa pesquisa. De certa forma, esses quadros se constituíram um banco de dados de informações, cujo proveito consistiu em poder relacioná-las, sem a perda da contextualização de toda a obra.

A segunda organização, mediante releitura dos documentos pesquisados, seguiu-se o critério de assunto, isto significa a abordagem dos aspectos temáticos e conceituais das publicações. Com isso, tornou-se mais evidente a importância da manutenção da reunião de documentos que tratavam explicitamente do mesmo assunto, independente de correlação cronológica. Nesse momento, foi fundamental analisar os textos e encontrar a linha mestra condutora, relacionar um ao outro, reconhecer a gênese dos documentos e seus métodos de pesquisa e, sobretudo, identificar os eixos teóricos com os quais cada um mais se identificava.

A pesquisa documental foi realizada a partir de diversas fontes: projetos e/ou programas, documentos oficiais, publicações e informações administrativas oficiais ou oficiosas; documentos de imprensa e teve como objetivo resgatar aqueles que permitem caracterizar o conteúdo das políticas voltado para as tendências baseadas nos paradigmas de Cidades Saudáveis, Qualidade de Vida e Desenvolvimento Humano como estratégia para o desenvolvimento de um Recife Saudável. Inicialmente apontados pelos informantes-chave, foram identificados 30 documentos considerados marco da política objeto deste estudo e listados no quadro (Figura 4 - Apêndice C).

A partir da análise dos discursos, nas entrevistas, dos 30 documentos citados, nove (Figura 4, Apêndice D) foram fortemente referendados como documentos marco de uma política para a construção de uma cidade saudável tanto pelos representantes do governo, como pelos da sociedade civil, listados a seguir: Plano Diretor do Recife (2001-2004); Orçamento Participativo do Recife (OP); O Guarda-Chuva – Programa de Contensão dos Morros; o Programa da Academia da Cidade; o Programa da Saúde Ambiental (PSA); o Programa de Saúde da Família (PSF); o *Programa + vida* (saúde mental/redução de danos); o Programa de Combate a Filariose e a V Conferência Municipal de Saúde do Recife: *Construindo uma cidade saudável: descentralização e integralidade como caminhos*. São apresentados na Figura 9 (Apêndice D).

Outros três programas reconhecidos como marco da política, com pontuação mediana, foram selecionados por ser de relevância para o processo político estudado – a Proposta Municipal de Educação popular em Saúde; o Modelo de Atenção à saúde para o Recife: construindo uma cidade saudável; a VI Conferência Municipal de Saúde do Recife e além, de três, de cunho mais político, o Programa de Governo da 1ª Gestão e o Plano plurianual (PPA, Primeira Gestão), o Plano Municipal de Saúde (2002-2005), mesmo sendo fracamente mencionados, também foram objeto de análise para este trabalho.

Alguns foram referendados, mas um só foi implementado a partir da segunda gestão, depois de 2004, o “Programa + vida” (saúde mental/redução de danos) e, outros nem chegaram sequer a serem implementados, mas para os informantes se confirmaram como marcos emblemáticos para a construção da política em estudo, como exemplo, a “Proposta dos Voluntários”. Assim, foram objeto da análise a seguir, dentre os quinze documentos destacados anteriormente, partindo dos problemas identificados nos planos e nos macro e

micro-contextos antes analisados, os seguintes programas e planos: o Programa de Governo, o Plano Plurianual 2002-2005 e o Plano Diretor.

3.5.1.5.3 A Hermenêutica Dialética

Para Minayo, o rigor formal sacrifica, costumeiramente, a riqueza de detalhes e a multidimensionalidade da pesquisa. Para a autora, ambas, tanto a análise de conteúdo, como a de discurso, *apóiam-se na crença de que a ‘verdade’ dos significados se situa nos meandros profundos da significação dos textos*, deixando, em segundo plano, os aspectos extra discursivos, os quais constituem o espaço sócio-político-econômico e cultural onde o discurso circula (MINAYO, 1992, p.229-230).

Para tanto, recomenda, visando ao progresso técnico da pesquisa, seja da análise de conteúdo/documental ou do discurso, que essas técnicas sejam submetidas a uma superação dialética, isto é, ao conjunto das relações envolvidas, como propõe a hermenêutica dialética. Superação tal se contextualiza na construção de informação, ou seja, na confrontação das categorias analíticas teóricas com as categorias empíricas, conceitos operacionais construídos pelo pesquisador em consonância com os dados recolhidos e do embasamento teórico dos pressupostos e/ou das hipóteses.

Portanto, a classificação dos dados, através da confrontação do levantamento do embasamento teórico dos pressupostos e da hipótese levantada, obter-se-á mediante leitura exaustiva e repetida dos textos que possibilitarão a apreensão das estruturas de relevância dos atores sociais, suas idéias centrais que explicitarão os momentos-chave sobre o tema em questão.

Este processo possibilitará a explicitação das categorias empíricas e o confronto destas com as analíticas anteriormente estabelecidas. Buscar-se-ão, desta forma, as relações dialéticas entre ambas. Esta primeira classificação possibilitará, também, a constituição dos vários “corpus” ou conjuntos das informações pelos segmentos estudados – atores governamentais e atores não governamentais. Este momento refletirá uma leitura transversal de cada “corpus”, a busca de um recorte de cada entrevista ou documento em termos de unidade de registro, os tópicos/temas de informação; a interação entre os critérios de

classificação, considerando-se tanto as variáveis empíricas, como as teóricas, a fim de aprofundar a análise do conteúdo das mensagens.

Após essa classificação mais geral, realizaram-se os recortes da mesma por temas mais relevantes ou temas centrais para cada objetivo. O critério de seleção realizou-se segundo a própria elaboração teórica, como um processo de validação e de confrontação com a hipótese dada às evidências dos dados, alcançando-se, assim, às categorias centrais, através da condensação de significados que, numa lógica unificadora, permitiu o reagrupamento dos dados em um movimento classificador mais refinado que se expressará no próximo capítulo, dos resultados e discussão.

3.5.2 O Segundo momento: Uma Reflexão de Segunda Ordem

Para responder aos objetivos de ofertar subsídios para ampliar o grau de intersectorialidade e participação dos processos de formulação e implementação das políticas voltadas para a construção das cidades saudáveis, como terceira fonte de dados, adotou-se uma perspectiva pluralista como proposta teórico-metodológica, indo além de uma triangulação de método, proporcionando o exercício para uma *reflexividade criativa* (VILLASANTE, 2006, p.182). Para tanto, foi realizada uma devolução sistematizada, sob forma de uma oficina, para que os entrevistados participassem como atores da análise das políticas estudadas e assim construir uma reflexão de segunda ordem nos campos do conhecimento, da política e da ação como participantes de uma rede sócio-institucional, ou conjunto em ação, envolvida na promoção de uma cidade saudável, no caso, para a cidade do Recife.

Desta forma, o estudo das políticas, sob este enfoque, corroborará na análise do movimento do Município e dos seus atores, apresentando-se como mais dinâmico e menos estrutural, tentando desvendar o processo social tecido ao redor do surgimento, tratamento e resolução de questões, sobre as quais o Estado e outros atores adotam políticas (O'DONNELL; SZLAK, 1984).

Neste momento, toma-se como marco metodológico a complexidade das políticas, projetos e programas, conferidos uma releitura da noção de integralidade, construindo um

processo participativo de conhecimento e de ação integral que visa a uma análise de políticas em que se pretende uma mudança na abordagem dos processos sociopolíticos, consonante redes locais e seus conjuntos em ação, através de uma investigação de segunda ordem.

A integralidade se coloca como recusa em aceitar um recorte do problema que o reduza a uma ou a algumas de suas dimensões, desconsiderando as demais, como resposta a um princípio de direito universal que é o atendimento das necessidades da saúde, que somente realizar-se-á, quando procurarmos estabelecer uma relação sujeito-sujeito quer nas práticas dos profissionais dos serviços, quer nos debates sobre organização dos serviços, quer nas discussões sobre as políticas (MATOS, 2001, p. 62-63).

Assumindo como problema a dissonância entre a complexa realidade de caráter multidimensional e a forma como se desenham as políticas públicas, para que se promova uma construção da integralidade das políticas, da análise em sua dimensão epistemológica, faz-se *mister* assumir uma outra epistemologia qual ponto inicial, que ajude na *necessária e impossível* tarefa de vincular integralmente o espaço das políticas locais e o espaço da realidade social, em toda a sua complexidade, recordando Ibáñez (1998).

Para que aconteça a operacionalização do segundo momento, como outra fonte de informação, a partir de uma abordagem participativa, estruturou-se uma oficina de devolução. Nesta, como momento de Investigação Ação Participativa (IAP), foi proposto ao grupo dos atores entrevistados Grupo de Investigação Ação Participativa (GIAP) que, coletivamente, analisassem frases paradoxais entre si, selecionadas dos resultados da análise das entrevistas sobre a política considerada a mais relevante para a construção de um Recife Saudável.

Para o momento da IAP, foram considerados atores intervenientes: políticos, técnicos e representantes da base social. Bebendo na fonte da sociopraxis, contemplou-se o conhecimento compartilhado, a incorporação de atores enquanto investigadores e definidores da finalidade da investigação, e o enfoque do tema escolhido, selecionado com base nas entrevistas semi-estruturadas á luz da concepção, ação/prática e do processo para a construção de uma política pública para um Recife Saudável.

Assim, com o objetivo de devolver o discurso para problematizar a realidade vivenciada com os atores e promover e/ou estimular uma reflexão de segunda ordem, foram convocados todos os informantes-chave para, em conjunto, receberem a devolução das suas falas. A convocação foi realizada por email e por telefone no sentido de conseguir uma maior adesão possível. Como o nosso tempo para esta investigação estava limitado pelo tempo

estipulado pelo processo de formação da investigadora, obteve-se assim, a participação do número de atores que tiveram possibilidade e maior interesse em contribuir para este evento.

A oficina foi realizada no dia 9 de maio de 2008, das 14h30minh às 17h30min, na Sala II do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (NESC/CPqAM/FIOCRUZ-PE), e foi gravada e filmada. Inicialmente, obteve-se a confirmação de oito participantes, explicitados abaixo, sendo 4 participantes do grupo gestores e 4 representantes do grupo não governamental, o que foi considerado um grupo diversificado e que possibilitaria uma troca e aprendizado importante para a reflexão necessária ao processo analisado. Porém, no dia, obteve-se a presença de cinco participantes, destacados abaixo.

Códigos	Instituição
GRUPO 1: (GG) GOVERNAMENTAL	
GG-02	SS/PCR
GG-05	SS/PCR
GG-09	SS/PCR
GG-10	SS/PCR
GRUPO 2: (GNG) NÃO GOVERNAMENTAL	
GNG - 02	Sociedade Civil (usuária de Programa)
GNG - 04	Conselho Municipal de Saúde
GNG - 05	UFPE
GNG- 09	Comissão de Saúde

Figura 10: Lista de Atores/Interlocutores-chave envolvidos na oficina de devolução

Fonte: a autora.

Contou-se, também, com a participação de duas outras pesquisadoras para assumir o papel de facilitadoras e moderadoras de subgrupos, caso houvesse a presença dos 8 participantes, anteriormente confirmados. A escolha das mesmas foi direcionada pela proximidade com o tema e a metodologia proposta para esta tese. Assim, estiveram presentes na oficina os cinco participantes e as duas facilitadoras, além da pesquisadora, autora da tese.

Inicialmente, foram informados os objetivos da investigação para a qual aquela oficina seria mais uma fonte de informação, de acordo com os procedimentos metodológicos e em seguida se situou em que momento do Programa Ação Integral Sinérgico (PAIS), como proposta de operacionalização da sociopraxis, estaria sendo vivenciada. Dando continuidade à oficina, foram realizadas as devoluções das falas e apresentadas as perguntas, segundo roteiro (Apêndice E), que orientaram as discussões e as recomendações que foram transcritas e serviram de subsídio as reflexões sistematizadas nos três planos propostos por Tambellini (2003): “do conhecimento, da política e da técnica”. As devoluções auxiliaram numa segunda

reflexão pelos próprios atores sobre o processo de construção da política de cidades saudáveis na cidade do Recife.

Assim, buscou-se, no plano do conhecimento, analisar as concepções sobre o tema pesquisado, e, no plano da política, o processo de tomada de decisões e no plano da ação, a análise das práticas instituídas durante o período em foco para a gestão analisada.

A teoria que respalda esta proposta orientou, para se trabalhar no âmbito da investigação com um Grupo de Investigação Ação Participativa (GIAP) que, deve conformar conjuntos em ação dos atores implicados (políticos, técnicos, expertos vivenciais e da base social). A posição epistemológica nos fala que o conhecimento deve ser compartilhado, devem ser incorporados atores como investigadores, os atores devem decidir a finalidade dos resultados e o direcionamento do enfoque deve se dar a partir dos mesmos. No caso, trabalhou-se com a rede socio-técnica, já referida por Martins (2006). Assim, a proposta participativa se baseou na investigação participada, visando a uma transferência de tecnologia social entre os participantes, sob coordenação do investigador para garantir a devolução da informação aos participantes e a facilitação do processo.

Na dimensão da abordagem da integralidade das políticas, no âmbito dos *conceitos*, buscou-se articular categorias que serviram para os atores implicados pensar a sua realidade e um dispositivo que, coletivamente, ajudou a agrupar os sintomas em categorias, foi à construção dos *tetralemas*, um dos instrumentos propostos no PAIS, que ajudaram a construir operativamente novas dimensões da ação.

Para Fernández (2006, p.72), ao se fazer um contraponto com o modelo de *política local convencional*, a ênfase em entender certos *conceitos* como construção operativa e não como paradigma pré-estabelecido é que faz a diferença, uma vez que as políticas locais têm operado conceitualmente, segundo um paradigma globalizante e total, chegando às redes locais com certezas institucionais. Portanto, entender a construção dos conceitos desta forma conecta-os com a rede local, em que circula o sentido das palavras e os torna operativamente relevantes e, portanto, integrais à medida que interliga as esferas da política local à realidade social.

Os *tetralemas* (Apêndice F) atuaram como dispositivo de *reflexividade criativa*, isto é, uma reflexividade de *segunda ordem* com os participantes e suas próprias frases. A forma de apresentar frases, que em seu conjunto expressavam depoimentos, baseou-se em que foram paradoxais entre si, com contradições e contrastes evidentes, sobre os planos do

conhecimento/concepção, das políticas e da ação em um segundo encontro, onde se conseguiu construir outras reflexões a partir do sentido do coletivo, com os mesmos sujeitos envolvidos como conjuntos em ação ou, sujeitos em processo que são. Foi solicitado aos participantes que refletissem sobre os depoimentos apresentados para poder responder as perguntas sugeridas. A finalidade da oficina de criatividade não foi fechar conceitos e análises, mas possibilitar ao grupo tomar os aspectos que parecerem mais operativos para cada situação e problemática particular investigada, para, a partir dos mesmos, vivenciar uma forma criativa de dar saltos aos bloqueios ou problemas que apareceram nos processos reais da construção coletiva de uma cidade saudável.

Priorizou-se uma ordem superior de reflexão encontrada neste segundo momento, em que se conseguiu construir frases de sentido coletivo, com os sujeitos envolvidos. Isto subsidiou a construção de recomendações que serviu de síntese e contribuição do GIAP, apresentada como resultado e incorporada na discussão final e atribuindo sentido às considerações finais.

A análise dos discursos dos sujeitos participantes da *oficina de devolução* foi sistematizada segundo os planos de diferenciação e integração direcionada a uma compreensão mais totalizante dos resultados. Nesta perspectiva, buscou-se apoio em Tambellini (2003) que, ao fazer uma análise da relação da saúde com o ambiente, o fez considerando três planos: *do conhecimento, da política e da técnica*. E por esse viés foi possível recuperar questões ontológicas, epistemológicas e axiológicas relativas à construção do setor da saúde ambiental no campo da saúde coletiva. Consideramos que esta categorização será de grande utilidade também para auxiliar a análise do processo de construção da política de cidades saudáveis na cidade do Recife, posto que estão envolvidos conceitos (Plano do conhecimento), tomadas de decisões (Plano da Política) e novas práticas (Plano da Ação/Técnicas) instituídas para esse fim. A Figura 11 apresenta as três categorias de análise e os seus elementos descritores.

Categoria	Elementos descritores da categoria
Plano do <u>conhecimento</u>	Conceitos, valores, aspectos éticos, estéticos, definições, concepções, teorias, hipóteses, verificações, experimentações, desenvolvimento de pesquisas para alternativas das tecnologias tradicionais.
Plano das <u>Políticas</u>	Propostas, planos e medidas que correspondam às necessidades e anseios, quer da população, que de grupos determinados.
Plano de <u>ação</u> / práticas (técnicas)	Práticas desenvolvidas e utilizadas (Técnicas) que refletem apropriações do conhecimento e a construção das intervenções viáveis, segundo processos de planejamento e de aplicação de alternativas em nível da execução.

Figura 11: Matriz de Apresentação de Resultados Segundo as Categorias: Plano do Conhecimento, das Políticas e da Ação.

Fonte: Tabellini (2003).

A discussão foi constituída do diálogo com os autores do marco teórico frente aos resultados dos estudos para responder aos objetivos propostos.

As considerações finais serão apresentadas sob forma de fortalezas e fragilidades do processo de implantação das políticas para um Recife Saudável.

A seguir, faz-se uma reflexão crítica da abordagem adotada, explicitando as dificuldades e limitações do estudo, bem como a sua força de análise.

3.6 DIFICULDADES NA MUDANÇA DE ROTA METODOLÓGICA

Na procura do produto de uma reflexão de segunda ordem – construída como segundo momento de campo empírico da tese, explicitado como um processo de triangulação de pesquisadores e parte da proposta da sociopraxis de Villasante (2006), anteriormente apresentada, mediante a utilização dos resultados da análise qualitativa e sistêmica da análise de política, realizada de acordo com o modelo de Araújo Jr. (2000) –, consideramos a mais adequada para ofertar subsídios para ampliar o grau de intersetorialidade e de participação dos processos de formulação e implementação analisado, desde que redirecionemos as ações nos campos do conhecimento, da política e da ação, envolvendo participantes de uma rede socioinstitucional, como conjunto em ação, comprometidos na promoção de um Recife saudável.

E, em uma reflexão crítica da abordagem adotada, explicitamos, a seguir, as dificuldades e limitações do estudo, bem como a sua força de análise.

A tentativa de desempenhar o papel de transdutor nesta abordagem metodológica, *como sujeitos que traduzem, mas também dinamizam e se implicam nas reversões* que podem surgir, sem querer restringir à única sistematização – e sim otimizar, e sim abrir novos caminhos e mais complexos – foi uma tarefa difícil e incompreendida, inicialmente, pela própria academia.

A dificuldade também existiu ao se criar a oportunidade de trabalharmos com parte de uma metodologia que, mesmo de forma restrita, nos possibilitou a chance de exercitar e apreender com o fazer, que pode, também, contribuir para um salto frente aos bloqueios vivenciados, mesmo que parcialmente.

Outra grande dificuldade foi a de encontrar, dentre os 22 atores informantes-chave, os que tivessem disponibilidade, num restrito tempo acadêmico possível de realizar esta oficina, bem como conciliar as agendas, além do interesse em participar, para muitos, já distantes. Necessitaríamos de um grupo o mais heterogêneo possível para que a troca de saberes se processasse a contento. Assim, seria necessário obtermos representantes de gestores, usuários, da academia, delegados de programas e legisladores.

Com a finalidade de se trabalhar com os conjuntos em ação, frente à tentativa de localizar o poder em um lugar, instituição ou pessoa, de forma simplificadora, se propôs a possibilidade de estabelecer o poder como um jogo de relações ou de estratégias, o qual se mostra, frente às distintas posições, em função do tipo e da intensidade de vínculos que se estabelecem em cada caso, para concretizar, na vida cotidiana, os condicionantes de classe ou de ideologias em jogo, em cada situação.

Frente à simplificação dialética, propomos assumir os paradoxos e construir os *tetralemas ou tetrapraxis*, cuja construção dos *primeiros* se definiu como uma tarefa de difícil operacionalização, à medida que obtivemos depoimentos revestidos de grande poder analisador dos fatos vivenciados. A construção, centrada em frases, tornou-se tênue para se analisar processo tão complexo. Assim, objetivamos sair da dialética de dois temas contrapostos, para irmos além dos dilemas e propormos os *tetralemas* ou duplo dilema que todos usamos, diariamente, sem nos aperceber, não foi fácil. Desta forma, com o intuito de identificarmos, nos depoimentos, os que representavam as posições antitéticas do *sim* e do *não*, que tendem a paralisar os processos, mas que também coexistem com o *isto e aquilo* e o

nem isto, nem aquilo frente ao tema pesquisado, no sentido de considerarmos todas estas posições, o que possibilitou que o processo criativo fosse ativado no processo de construção coletiva.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto foi aprovado pelo Conselho de Ética do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães por tratar-se de pesquisa que envolve seres humanos.

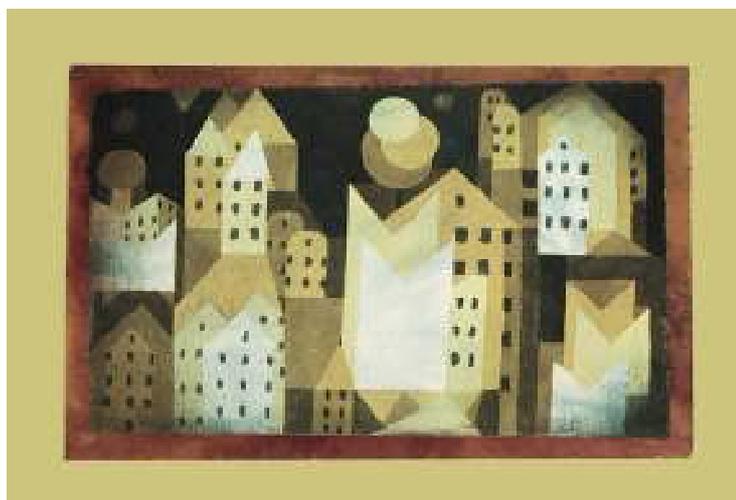
Foi esclarecido que os benefícios individuais ou coletivos, advindos da pesquisa, referiram-se à geração de conhecimento acerca da evolução na formulação das políticas que visaram a um direcionamento para a Promoção da Saúde e Desenvolvimento Humano e dos contextos em que foram explicitadas e analisadas as redes sociais de sustentabilidade, confirmadas como estratégias importantes para a orientação de políticas públicas, para a construção de uma cidade saudável.

Buscou-se a assinatura de termo de adesão e concordância para o acesso a documentos oficiais, a realização das entrevistas gravadas e a participação do pesquisador em fóruns necessários ao desenvolvimento da pesquisa: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Anexo A).

O projeto desta tese foi protocolado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) no dia 20/09/2006 e aprovado em 06/02/2007, com o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 0058.0.095.000-06 (Anexo B).

Tendo concluído esse momento, então, o trabalho teve como norte a apresentação e a discussão dos resultados observados, procurando respeitar os critérios científicos e os preceitos éticos definidos, na perspectiva de transformar o dado bruto em uma linguagem clara e compreensível enquanto informação.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO



4.1 O CONTEXTO DA MUDANÇA PARA UMA POLÍTICA PÚBLICA SAUDÁVEL NO RECIFE

4.1.1 Macro-Contexto

No macro-contexto, na esfera política, consideramos, no âmbito geral nacional e estadual, os aspectos relativos ao regime político e às mudanças políticas do período estudado e, no âmbito específico, as influências internacionais e nacionais decisivas para a política de Promoção da Saúde e a Estratégia de Cidades Saudáveis para a Cidade do Recife. Na esfera econômica, consideramos, enquanto elementos de análise: o direcionamento dos gastos públicos frente à realidade social e, na esfera social, as desigualdades sociais, a qualidade de vida da população e a condição de pobreza e desenvolvimento humano, no período estudado.

4.1.1.1 Esfera Política – No Âmbito Geral Nacional e Estadual

Na América Latina, o ideário neoliberal delineou-se nos fins dos anos oitenta e início dos noventa, quando governos conservadores e populistas chegaram ao poder, estimulados pelo programa que se convencionou chamar de Consenso de Washington³¹, responsável pela diretriz econômico-política dos países latino-americanos no contexto pós-guerra fria. No Brasil, houve um ensaio de modernização conservadora que fracassou, logo no início da década de noventa, em razão da carência de coalizão política. O governo Collor, além de politicamente frágil, era um feixe de interesses particulares que desencadeou o processo de *Impeachment* deste Presidente da República. Em 1994, com a possibilidade real de um projeto de esquerda vencer as eleições presidenciais, a elite brasileira deu uma demonstração de unidade, talvez, nunca vista antes na história da República. Todo empresariado, grandes

³¹ Consenso de Washington ocorrido em meados da década de 1980, organizado e liderado pelos Estados centrais do sistema mundial, abrangendo o futuro da economia mundial, as políticas de desenvolvimento e especificamente o papel do estado, tendo como maior efeito a restrição quanto à regulação estatal da economia e a influência na elaboração de políticas públicas de forma direta ou indireta em todos os setores sociais (SANTOS, 2005).

conglomerados de comunicação, parcelas significativas da Academia, artistas e intelectuais renomados se uniram, numa espécie de movimento cívico, com o objetivo de implementar, no país, um ciclo de modernidade e estabilidade econômica. O plano real e o governo Fernando Henrique Cardoso significaram a adoção efetiva do Brasil ao modelo neoliberal de política econômica (CHAVES, 2002).

Quanto ao regime político e às mudanças políticas, compreendidas entre o período de 2001 a 2004, o país, enquanto uma República Federativa presidencialista (BRASIL, 2001), foi governado por dois presidentes, destacamos que o primeiro governou por dois mandatos consecutivos, até 31 de dezembro de 2002, Fernando Henrique Cardoso (FHC), do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), cuja política econômica, apesar da ressalva ideológica ao social, na concepção da sua legenda, era considerada neoliberal. Em sua segunda gestão de governo, FHC contou com uma coalizão formada por PSDB, PFL, PTB, PMDB e PPB (SILVA, 2007).

Neste momento preciso da política brasileira e pernambucana, desenvolve-se uma revolução passiva³² pela via do transformismo³³. O neoliberalismo apresentava-se como uma proposta - a mais eficiente - de desenvolvimento econômico que resultaria no progresso das condições sociais. No caso brasileiro, essa melhoria deveria advir, notadamente, do controle inflacionário, a fim de permitir o acesso da camada popular a determinados bens de consumo (CHAVES, 2002).

Para Sader (1995), o neoliberalismo identifica-se com uma revolução passiva que, por um ângulo, é um projeto liderado pelo capital, seja industrial, seja especulativo, logo é um projeto antidemocrático, porque não considera a perspectiva dos amplos segmentos sociais e, por outro, porque a política neoliberal não consegue reverter a histórica desigualdade social que aflige a sociedade brasileira, sendo assim, uma revolução sem mudança, porque conserva a mesma estrutura social que vigorava antes de sua implementação.

O segundo presidente, Luís Inácio Lula da Silva, empossado em 1º de janeiro de 2003 e reeleito em 2006, para o período de 2007 a 2010, filiado ao Partido dos Trabalhadores (PT),

³² O conceito de 'revolução passiva', segundo Gramsci (2002, p.220), refere-se aos processos que não só "para a Itália, mas também para outros países que modernizaram o Estado, através de uma série de reformas ou de guerras nacionais, sem passar pela revolução política de tipo radical-jacobino" (em referência à Revolução Francesa).

³³ Segundo Coutinho (1985), o 'transformismo' constitui-se um fenômeno associado à 'revolução passiva', quando certos partidos ou agentes se unificam, mudando de lado e reforçando posições conservadoras das forças da ordem estabelecida, ou seja, 'cooptação ou assimilação' pelo bloco de poder das frações rivais das próprias classes dominantes ou até mesmo dos setores de classes subalternas (1985, p.114).

habitual considerado como partido de oposição à direita, tradicionalmente instituída no Governo Federal, nos últimos anos. Este segundo governo, estruturado em um regime político democrático, em que o presidente se empenha em fazer o maior número possível de coligações (sendo as principais hoje PMDB, PTB, PSB, PL, PC do B, PP e PSC) e, assim, garantir a sua governabilidade e a priorização de seus projetos de governo (SILVA, 2007).

Para Silva (2007), as eleições de 2002 começaram a ser articuladas após o pleito de 1998 (primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso). As candidaturas de Luiz Inácio Lula da Silva (PT, PL, PC do B) e de Ciro Gomes (PPS, PTB, PDT) já estavam lançadas depois da divulgação do resultado que concedeu a vitória a Fernando Henrique Cardoso. Com poucos números positivos para serem apresentados e um baixo índice de aprovação, o resultado das eleições presidenciais de 2002 é consequência do desgaste do modelo praticado ao longo da última década e a necessidade – representada pelo número de votos – de uma mudança nos rumos do país principalmente na condução da economia. Mais uma vez, as principais forças políticas estiveram polarizadas entorno das candidaturas do PT e do PSDB.

A influência desta mudança de governo e regime é reconhecida como o incipiente início de absorção da Política de Promoção no Brasil, no governo opositor e, com a mudança de governo no qual, a pasta da Saúde foi assumida pelo mesmo gestor do município estudado, identificou-se um retrocesso ao incipiente início, ratificando a postura anterior, assumindo a política de promoção de forma reducionista e imbricada dentro do arsenal das doenças não transmissíveis, mas, mesmo assim, é considerado como um avanço, como é comprovado a seguir:

Aí quando a gente passa para o Ministério de Humberto, a Promoção da Saúde foi totalmente excluída do Ministério e aí ficamos perdidos, a gente tinha o Grupo de Trabalho (GT) da ABRASCO de Promoção da Saúde e Desenvolvimento e a gente começou a cobrar e fazer pressão e diziam que promoção da saúde não está em canto nenhum, porque está em todos. Ora, se está em todos, é por que não está em nenhum e que Promoção da saúde é algo transversal e, no fim, promoção da saúde chegou a ficar dentro da Secretaria Vigilância e sendo vista como uma ação dentro de doenças não transmissíveis. Foi de um reducionismo que me surpreendeu bastante, pelo histórico das pessoas que assumiram, foi extremamente reducionista, porque o medo é que a promoção queria ser mais do que o SUS [...] Mas aí não é unilateral e a gente teve um avanço que foi a Política Nacional de Promoção de Saúde que, bem ou mal, saiu nesse governo, mas saiu em 2006, mas foi construída no governo de Humberto, ela vem sendo construída, ele ia assinar, mas saiu com o nome de Saraiva, tem reducionismo? Tem, mas foi um avanço que ela saiu. [...] pontos que foram favoráveis pra gente foi conseguiu introduzir nessa política, além das ações bem específicas de setor saúde, uma que é a cultura da paz e prevenção

da violência numa visão ampliada de promoção e desenvolvimento sustentável que aí amplia de novo o nosso campo, quer dizer, foi um avanço o Ministério de Saúde aceitar promoção e desenvolvimento sustentável como uma ação da política nacional de promoção da saúde, é um avanço apesar de isso não estar muito bem descrito, que se choca com a ação de caracterização de gasto de saúde, até onde a gente pode usar ou não. Então, o contexto é complexo. (Ent. GNG-05)

Ratificando o reducionismo, detectado anteriormente, ressalta-se outro reducionismo ainda maior, quando não é oportunizada a adoção de um comitê intersetorial, negando a proposição da intersetorialidade em saúde, no momento em que esta surge nos principais planos e programas de organismos internacionais³⁴, em que têm sido assinaladas as diferentes maneiras em que a promoção da saúde é responsabilidade de diversos setores governamentais, devendo ser considerada no conjunto das formulações de políticas setoriais (BRASIL, 1996; BUSS, 2000; HARTZ; SILVA, 2005; MENDES; AKERMAN, 2007; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986; VIEIRA DA SILVA; FERREIRA, 2005):

O outro reducionismo que tem é que foi criado um comitê gestor da política nacional de promoção da saúde todo setorial, só com as pessoas do Ministério da Saúde, quando a gente sabe que as pessoas que têm estudo demais, que quem segurou a questão da promoção da saúde e do município saudável e cidades saudáveis, dos anos 90 pra cá, no Brasil, foram as universidades como colaboradores e sai esse centro gestor sem nenhuma universidade no Brasil [...] hoje em dia, o pessoal do Canadá tá investigando isso: o porquê dessa característica diferenciada do papel das universidades, no Brasil, na promoção da saúde nos municípios saudáveis. Lá (Canadá) tem, mas é junto com o governo [...] no Japão, eles se espantam, porque a gente participa disso eles pensam que é uma coisa só de governo (Ent. GNG-05).

É ratificada a influência do âmbito nacional por outro ator, quando é referido à limitação, no início da gestão, pelo falta de apoio do Governo federal, assim colocado:

No começo da nossa gestão, estávamos ainda sob o governo Fernando Henrique Cardoso, o que limitou bastante as nossas possibilidades, considerando os apoios da esfera federal. (Ent. GG-08)

³⁴ A proposição da intersetorialidade em saúde está contemplada nos principais planos e programas de organismos internacionais, como: no Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso, em 1961; na III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, em 1972; na reunião de Alma-Ata, em 1978; no Encontro sobre Ações Intersetoriais em Saúde, em 1986 na Carta de Ottawa; na Declaração de Adelaide, 1988; na Conferência de Sandswall, em 1991; na de Santa Fé, em 1992; na Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI e na Conferência internacional sobre Ações Intersetoriais para a Saúde, ambas em 1997(VIEIRA-DA-SILVA; FERREIRA; MENDES, 2005, p.105).

Outro informante, no entanto, reconhece os apoios políticos existentes mesmo no governo de partido contrário ao da Prefeitura e, que depois se transforma em apoio total com a mudança, em 2002, para o partido do PT, assim registrado:

No nível federal, desde dois mil e um, quando ainda era o governo, se não me engano, Fernando Henrique Cardoso [...], você tinha um Jarbas Barbosa que estava lá dentro, que eu acho que é muito importante está ocupando espaço, você tinha um Jarbas Barbosa que era um sanitarista de alma. Então, assim, a gente tinha o apoio dele, por exemplo, para um programa desses, teve muitos apoios. Depois veio o governo Lula, que aí sim, estávamos todos dentro de uma mesma sintonia, vamos dizer assim, acho que a gente teve muito apoio, né? De início, né? Agora eu digo assim, depois dos quatro anos seguintes a gente já começa a sentir que esse apoio foi esmorecendo, porque aí os interesses que existiam já eram outros, tá entendendo? (Ent. GG-06)

Assim, na esfera política, a influência do âmbito nacional revela que houve apoio restrito à política de promoção, tanto no período do governo opositor, quando da mudança para um governo nacional com a mesma sintonia política da gestão em estudo, ambas da pasta da saúde, demonstrando a ausência de envolvimento dos outros setores e uma concepção restrita da política pelos dois governos.

O contexto político estadual, no período em estudo (2001-2004), teve início em 1998, quando o estado de Pernambuco assistiu ao declínio eleitoral de Miguel Arraes³⁵ e a ascensão de um antigo líder da esquerda ao poder, por meio de uma aliança conservadora. Jarbas Vasconcelos, representante da *União por Pernambuco*, aliança vitoriosa, derrotou Arraes por uma diferença de mais de um milhão de votos e como Arraes se constituía na liderança absoluta da esquerda pernambucana, a sua derrota foi interpretada como o esfacelamento definitivo da *Frente Popular de Pernambuco* e do início de um período de ostracismo da esquerda, desfazendo, dessa forma, o cenário bipolar que, para muitos, foi determinante na trajetória política do Estado e a retardatária entrada deste na modernidade conservadora.

Chaves (2002, p.72) assim explicita esta situação em Pernambuco:

³⁵ O declínio de Arraes não possuía um significado tão somente eleitoral, mas político, ou seja, os segmentos político-sociais que o sustentavam e o programa de governo defendido pela *Frente Popular* não detinham mais legitimidade, junto à população, para disputarem o predomínio político no Estado. Em contra partida, diferentemente do PSB, que começava o seu processo de defecções, nenhum outro partido dispunha de uma estrutura forte, carecendo de bancadas parlamentares expressivas e contavam com pouquíssimas prefeituras no Estado (CHAVES, 2002, p. 67).

Somente, em 1998, as forças políticas de cunho neoliberal, que passaram a se agrupar desde 1993, chegaram ao poder. No que diz respeito à estratégia, o caso pernambucano assemelha-se bastante ao nacional, diferenciando-se, porém, no seu percurso lento de tomada do poder. Houve, tanto em Pernambuco como em nível nacional, a absorção de quadros da esquerda pela direita na tentativa de realizar as políticas neoliberais, tendo à frente personagens tidas como referência, na luta, pelo resgate das dívidas sociais do país e do Estado. Indivíduos que historicamente estiveram ligados à esquerda, que participaram da luta contra o regime militar. Em resumo: ocorreu, em ambos os casos, o que Gramsci denomina de transformismo, isto é, a cooptação de setores ou intelectuais progressistas para a execução de um projeto de direita.

Naquele contexto, tudo parecia apontar para uma real e duradoura decadência das forças de esquerda e aproveitando-se disso, a União por Pernambuco alimentou o discurso, repetido incessantemente pela mídia, de que governaria Pernambuco por um período de vinte anos, justamente porque não haveria outro grupo político com capacidade de competir ideológica e eleitoralmente com ela. A União por Pernambuco se caracteriza como neoliberal e portadora de um projeto de revolução passiva devido ao seu discurso de modernidade viabilizada pelo ajuste fiscal no Estado. Essa derrota, ao mesmo tempo em que aprofundava o desgaste da esquerda, no Estado, gerava a possibilidade do surgimento de novas lideranças, novos projetos e novos partidos de esquerda em condições de disputar politicamente com a União por Pernambuco (CHAVES, 2002).

Para Chaves (2002), a vitória do Partido dos Trabalhadores com a Frente de Esquerda do Recife, nas eleições de 2000, aponta, talvez, a iniciação de um novo período de bipolaridade, considerando o resultado eleitoral uma surpresa para todos que acompanharam a política pernambucana nos últimos anos, constituindo-se o processo político que desencadeou, na política pernambucana, o fenômeno conhecido como Onda Vermelha.

A favor dessa posição, outro informante reconhece que o governo estadual daquele período (2001-2004) não era democrático, mas era opositor ao Recife e ao governo federal, utilizando-se de um trabalho pontual por demanda, bem como identificando o isolamento inicial do estado que, até pela sua situação formal, não era pleno, impedindo que a Comissão Bipartite, entre o Recife e PE, conseguisse resolver a PPI do Estado, a Normatização Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2001) e responder sobre a obrigação do estado em gerenciar a participação integrada da atenção, bem como pelo apoio do MS aos municípios e, posteriormente, tendo que cumprir as demandas vindas das bases municipais, como é declarado nesta fala:

O Estado tinha uma contra parceria, porque com o governo de Jarbas, que não era um governo democrático, e sim pontual, que trabalhava com demanda. A gente teve, em termos de serviços e ações de políticas públicas, um limitador, ele não favorecia que as coisas acontecerem no território até porque o Estado não tem uma coisa de identidade com o território, o estado é a junção de municípios e cidades que são gerenciados por prefeitos e o interesse político não era Recife e sim outra região do estado que foi investida maciçamente [...] Nem tão pouco havia consonância entre as políticas que o estado demandava com a política do nível federal. O estado ficou muito ilhado nesta situação, não havia parcerias, no primeiro momento e posteriormente ele teve que buscar cumprir o que Recife e os outros municípios começaram a demandar. Recife, pra conseguir uma gestão plena, não tinha como porque o estado não era pleno, então, mesmo que Recife quisesse correr, não podia, porque era imbricado nas bipartites. A comissão bipartite de Recife e PE nunca conseguiu resolver a PPI do estado, porque era obrigação do estado gerenciar a participação integrada da atenção e nunca conseguiu se fazer isso (Ent. GG-04).

Esse apoio não reconhecido pelo governo estadual face ao descrédito inicial, mas, depois, não só foi reconhecido, como também recebeu incentivo de outras cidades:

No governo do estado, a gente não sentia muito esse apoio não, muito pelo contrário a gente até achava, a gente sentia como que eles não acreditavam muito que aquilo ia dar certo, depois mudou obviamente, né? Depois que o Programa começou a se consolidar, foi um programa que começou até a ser incentivado nas outras cidades do estado. (Ent. GG-06)

Em relação às três esferas (política, econômica e social) e em contraposição aos informantes anteriores, este depoimento reconhece, na esfera política, o bom relacionamento da Prefeitura com o Governo Estadual, apesar de serem partidos opositores entre si, ressaltamos o fato com um exemplo concreto, como também a busca pelo gestor municipal, por intercâmbios com outras experiências, o que implica em um conhecimento e troca, cujo foco foi direcionado s propostas dos direitos humanos:

Ele teve, na primeira gestão, um relacionamento muito bem afinado com o governo do estado, em cima de proposições. Na Mustardinha, teve uma coisa importante para melhoria da qualidade de vida, foi a questão do saneamento e esgoto, nunca houve uma dificuldade, que eu tenha tomado conhecimento, no relacionamento de João com o Governo do Estado no desenvolvimento daquela política [...]. ele teve assim, percebeu rapidamente que não iria resolver as questões do Recife só por dentro, ele fez muitas viagens, conheceu muitas experiências de gestão, desenvolveu uma articulação com as cidades irmãs e ele teve um processo de aprendizagem muito rápido. Então, essa articulação de João, essa capacidade de articulação, eu acho que favoreceu um clima de aliança em cima daquelas propostas que são mais universais. Aquelas que são universais e que extrapolam a perspectiva dos partidos juntos, das ideologias específicas e colocam na mira o bem-comum. E, no nosso caso, o bem-comum estava vinculado à criação das condições, nesta cidade, de exercício dos direitos humanos, sem privilegiar e sem hierarquizar (Ent. GG-03).

No entanto, para outro ator o que se destaca é a importância das gestões do PT de forma criativa, mas carentes de uma maior radicalidade no que se refere à característica de serem mais republicanas:

Eu acho que tem uma onda positiva nacional, por quê? Politicamente, se você olhar toda experiência do PT, estava na administração municipal e vinha de várias administrações, com propostas bastante interessantes, coisa que foram algumas até revolucionárias. Então, o PT vinha com uma bagagem e essa bagagem, acho que ela não se esgotou ainda no plano municipal, ainda tem coisas que dá pra se fazer no plano municipal, dentro dessa herança que o PT trouxe, à medida que foi assumindo algumas prefeituras grandes, no Brasil, como um todo [...].eu gostaria, na verdade, às vezes, eu sinto, que nós somos muito pouco republicanos ainda. Como lá, no partido, eu sou petista, né? O pessoal discute muito a construção do socialismo, eu, às vezes, costumo brincar com o povo, eu digo rapaz, se a gente conseguisse pelo menos ser republicano, já era alguma coisa, né? [...] chegar ao socialismo está meio distante, nós precisaríamos ser republicanos; republicanos, no sentido primeiro, de que a república é gestão da coisa pública, então, a gente precisava dar um tratamento de coisa pública, né? (Ent. GG-07).

No contexto específico do estado para as questões da Política de Promoção e Estratégia Cidades Saudáveis, um único relato que explicita as dificuldades e aprendizado que as experiências e a construção – conjuntamente com o nível nacional e o apoio de cooperação internacional – possibilitam continuamente, o que reforça a incipiência do processo nacional para a política em questão:

A gente está também num momento muito bom com a equipe nova do Governo do Estado. Antes, tivemos um problema muito sério com a parceria com o Governo do Estado, com a Secretaria de Planejamento. Nós vínhamos com uma dificuldade muito grande de diálogo com a equipe que era parceira, porque, apesar da equipe ser, no papel, conveniada, no mesmo pé, que a universidade, a postura do estado era dizer: provem que dá certo, a gente tá aqui pra ver, se der certo, a gente apóia. E de braço cruzados e de espectador e isso era muito difícil. A equipe que assumiu agora, com a mudança de governo de Eduardo Campos, que foi Luis Quental Coutinho e Graça Tavares, tem uma postura muito diferente da anterior, eles querem conhecer o projeto profundamente e querem fazer valer a articulação intersetorial [...] E o governo está querendo assumir isso pra depois de 2008, a rede estadual, e isso pra gente é bastante promissor. Eu acho que esse governo está se propondo a assumir o papel dele, tanto que Luis Quental já foi falar com Humberto Costa, já está prometido a academia da cidade pra os municípios que estão se engajando, ele está articulando outras secretarias, com outras propostas, estão colocando no orçamento verbas pra pequenos projetos que a população solicite, dentro da lógica dos municípios saudáveis que é o papel do Estado [...] Essa nova equipe de gestores do Estado na área voltou, agora, do Japão, bem interessada e a gente tá trabalhando juntos com consultoria pra integrar as equipes, por conta de um passado tenebroso entre as equipes técnicas da universidade e da equipe técnica do governo que se arranharam muito, tivemos muita dificuldade neste trabalho de integração, mas como é um objetivo da gente, mas não era da equipe gestora

anterior, só que, agora, o gestor de lá está com a mesma intenção da gente e essa integração vai sair (Ent. GNG-05).

Assim, tivemos, no macro-contexto político, uma República Federativa Presidencialista, com dois presidentes de partidos opostos, durante o período em estudo. Um refletindo um regime “*pseudo social democrata*” e neoliberal, no período FHC (2001-2002) e o outro, após a mudança política para o regime democrático, no período Lula (2003-2004). O reconhecimento dos informantes governistas ao apoio político em nível federal fica explícito, porém não se especifica se o apoio era para a política de Promoção da Saúde. Para o informante não-governista, o apoio foi incipiente para esta política, quando da mudança do Governo e pontual, específico para o desenvolvimento da estratégia Cidade Saudável, no governo anterior opositor.

4.1.1.2 O Macro-Contexto Político Específico - As influências Internacionais e Nacionais

O período estudado, 2001 a 2004, foi influenciado pelas conferências internacionais de promoção da saúde, inspiradas em Alma-Ata, Lalonde, Ottawa e, mais diretamente, na quinta Conferência do México, realizada em 2000, bem como todo o período de estudo foi antecessor da última, a sexta, em Bangkok, em 2005, na Tailândia. A primeira ratifica as concepções e compromissos com o reconhecimento da saúde como o elemento primordial para o aproveitamento da vida e necessário ao desenvolvimento socioeconômico e para a equidade, permitindo a conclusão de que a promoção da saúde é uma responsabilidade central dos governos, compartilhada pelos diversos setores da sociedade, devendo, portanto, ser o objetivo central de todas as políticas públicas a serem desenvolvidas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

A segunda aponta o desafio com a ratificação de um mundo globalizado, intervindo, efetivamente, para a construção de um mundo mais saudável e, para tal, reforça-se a necessidade de uma forte ação política com vistas a uma ampla participação da população e advocacia sustentável, em consonância com o repertório das estratégias definidas pela Conferência em Ottawa (1986), recomendando-se, para a implementação desta, a ação de todos os setores e meios para:

- a) advogar pela saúde respaldada nos direitos humanos e na solidariedade;
- b) investir em políticas sustentáveis, ações e infra-estrutura efetivamente atuante nos determinantes da saúde;
- c) desenvolver capacidades para desenvolvimento de políticas, liderança, prática de promoção da saúde, transferência de conhecimento, pesquisa e conhecimentos básicos de saúde;
- d) regular e legislar para assegurar um alto nível de proteção de agravos e criar oportunidades iguais de saúde e bem-estar para todas as pessoas;
- e) formar parcerias e alianças com organizações públicas, privadas, não-governamentais e sociedade civil com o objetivo de criar ações sustentáveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

Este macro-contexto político é evidenciado, por um informante não-governamental, em que identificamos o movimento *Pro Cidades Saudáveis* com suas conferências e a especificidade de seu início para a Europa e para América Latina e a conformação de suas redes de municípios saudáveis que, notadamente, exercem influência no Brasil:

A gente sabe que esta proposta, começou a se falar neste sentido em 86, no Canadá, mas que era da visão muito de país desenvolvido e que era pra cidades mesmo, não era pra município, era para cidade saudável. Era saúde urbana e era país desenvolvido, isso se difundiu muito rápido nos países desenvolvidos, aí a gente tem as conferências internacionais de promoção da saúde que eram só em países desenvolvidos, [...] e teve a Conferência Internacional de Promoção da Saúde de Bogotá, Conferência da América Latina, em 92, no mesmo ano do Rio-92. [...] especificamente para a América Latina, começa a discutir essa questão de cidade saudável no contexto latino americano e transforma pra município saudável, com outra visão pensando em zona urbana, em zona rural, ou seja, na realidade latino americana e a OPAS começa assumir esta proposta de município saudável. A gente tem uma rede instalada, no México, onde o Ministério do México assumiu uma rede nacional de municípios saudável, onde, a exemplo daqui, que a gente tinha gestões plenas, semiplenas, incipiente e tal, lá o orçamento vinha a partir do grau de município saudável que se estava, aí a gente tem rede em Cuba, na Costa Rica, tem a Rede Peruana, super forte, eu acho que todo esse contexto, essa discussão influencia e chega ao Brasil [...] (GNG-05).

Outro, de forma mais restrita, ao falar de influência internacional qual contexto, reconheceu que a participação em alguns fóruns internacionais, nos quais se obteve premiação com alguns programas SS/PCR, como o Academia da Cidade e outros, possibilitou mais apoios e reconhecimento interno, segundo o relato a seguir:

Do ponto de vista internacional, a gente chegou a fazer algumas discussões, algumas pessoas chegaram a fazer algumas viagens, programas nossos foram premiados em alguns fóruns internacionais, como foi o Academia da Cidade. Isso dava uma legitimidade à Secretaria para, na relação interna da Prefeitura, ter reconhecimento e ter essa proposta tratada a sério. Houve também vários prêmios em nível nacional para esses programas, então, isso eu acho que facilitava (Ent. GG-05).

Ainda, como Macro-Contexto Político, ressaltamos, através dos depoimentos, a resistência a esta proposta no Brasil e à visão restrita, não-integrada de abordagem, na construção da estratégia de municípios saudáveis. A resistência se processa em virtude da crítica à forma como o Movimento foi implementado, observando-se a improvisação da adequação do processo ao Primeiro Mundo, pela radicalidade da separação entre a promoção e a clínica. Campos (2006) comenta, aludindo Arouça (2003, p.62) seu *dilema preventivista* e sugere que o dilema atual é o *dilema promocionista* quando reconhece que estamos em tempos das *invasões bárbaras em que* da mesma forma que havia riscos em assumir uma prevenção na qual as categorias explicativas de produção social da doença seriam reduzidas a uma categoria a mais, o risco, agora, seria voltar a um referencial em que o social constitui uma parcela da categoria ambiente (Lalonde, 1974), no qual se concebe a separação da saúde e da doença ou o seu inverso (Canguilhem, 1982), ou ainda não assumindo saúde como um conceito paradoxal, complexo, contextual e indissociável da vida do ser humano e das espécies humanas, ou seja, saúde como resultado e como recurso, segundo Contandriopoulos (2006), reconhecido pelo seguinte depoimento:

[...] essa proposta de municípios saudáveis e promoção da saúde também teve em nível do Brasil muita resistência dos sanitaristas históricos, porque acharam que era uma proposta que estava em competição com os SUS, que não tava considerando o SUS [...] em alguns pontos era desfavorável [...] A gente teve uma questão que, bem ou mal, no Ministério de Saúde anterior a esse período, não tinha um sanitarista nem era uma pessoa comprometida com a nossa história que eu saiba, [...] mas existia uma política de promoção da saúde dentro do Ministério, a Secretaria podia não estar atuando “corretamente”, mas era uma secretaria onde você podia discutir promoção e existia um setor de promoção nesse Ministério e tinha uma área de município saudável,... nessa época, tinha uma rede brasileira de município saudável que não vingou, porque foi construída pelos Secretários Municipais de Saúde e por conta disso os outros setores não se envolviam, porque viam como uma obra da saúde, a partir daí é que a gente começa a rediscutir e a querer entrar pelas prefeituras pra vir como uma proposta mais global, isso, no governo Fernando Henrique, José Serra e na Secretaria de Cláudio Duarte (Ent. GNG-05).

Um ator, abaixo referido, reconhece que historicamente esses movimentos, nos países capitalistas do Primeiro Mundo, sempre se pautam pela busca da ampliação da qualidade de vida e da redução dos custos e, mesmo sem ter muita leitura, reconhece a força da proposta no Canadá:

Eu não sei muito, historicamente [...] nunca tive muita leitura sobre isso não. Eu sei que deve ter surgido por uma necessidade de ampliar uma qualidade de vida e de diminuir custos, porque surgiu em países capitalistas. Como surgiu o próprio programa da saúde de família, que surgiu pra atender necessidades de [...] deve ter surgido como uma tentativa dessas, porque eu sei que ele é forte no Canadá (Ent. GG-09).

Refere, ainda, a existência do desenvolvimento da experiência em algumas cidades, mencionando o Ceará, destaca o desconhecimento de algum movimento em Pernambuco e registra, agora, os Seminários da OPAS, contudo, na esfera social da discussão de condições de vida, assim descrito:

[...] e o Brasil experimenta, em algumas cidades no Ceará; em Pernambuco; eu não sei se nenhuma aderiu, mas existe o movimento, no ponto de vistas da OPAS, tiveram aqueles seminários pra discutir muito mais a questão das condições de vida, ou seja, como trabalhar com indicadores de condições vida e fazer planejamento participativo, tendo como referenciais indicadores mais amplos, médios e mais próximos da população pra você acompanhar o desenvolvimento da qualidade de vida. Mas, sempre, pra mim é pra diminuir custos de saúde, diminuir violência [...] Algumas pessoas se apropriaram disso e tentaram desenvolver uma perspectiva mais participativa, pra população, mas em respeito à humanidade mesmo [...] (Ent. GG-09).

Em 2002, levantamos que foi registrado o pouco tempo de maturação dos projetos no Brasil, que tem, na cidade de São Paulo, a sua iniciativa pioneira, datada de 1991 e interrompida em 1993 (AKERMAN, 2002).

Porém, a institucionalização do movimento pró-municípios saudáveis, no Brasil, ocorre desde 1997, originária de uma oficina de trabalho sobre “Municípios, Cidades Saudáveis”, realizada durante o V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e V Congresso Paulista de Saúde Pública, no período de 25 a 26 de agosto, em Águas de Lindóia, São Paulo. Desta oficina tem-se, também, o registro em um número especial da revista *Saúde e Sociedade* da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo juntamente com a Associação Paulista de Saúde Pública e o Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde de São Paulo. Esta oficina contou com 30 participantes e foi a precursora de um dos futuros grupos de Promoção da Saúde estruturados no país.

Neste fórum, a proposta Cidades / Municípios Saudáveis aparece como uma estratégia da Promoção da Saúde, caracterizada como uma nova forma de gestão municipal complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), integrando a sua agenda, questões políticas e estratégias, apontando as experiências caracterizadas como possibilidades de concretização de um novo paradigma de saúde, uma nova cultura de saúde pública, da integralidade, da intersetorialidade, da participação social ampla e da construção da cidadania (SAÚDE E SOCIEDADE, 1997, p.3). Esta oficina contou com a participação de 30 pessoas e integrou, como painelistas, um representante da OPAS e o assunto, ainda, foi considerado uma novidade no país. Esta oficina realizou-se, graças ao apoio financeiro e técnico-científico da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Houve três encaminhamentos importantes decorrentes deste evento: primeiro, a discussão do assunto na Câmara Municipal de São Paulo; segundo, a sistematização e publicação nesta revista e o terceiro, a formação do grupo Oficina permanente de estudos e programas sobre Cidades / municípios Saudáveis – interinstitucional e multiprofissional – constituído pela portaria do Diretor da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Ressaltamos, ainda, nesta oficina, a experiência apresentada e discutida, que se direcionou para a construção de uma cidade Saudável, foi a de Fortaleza, onde o processo de municipalização, em 90, foi considerado marco inicial até a mudança organizacional, cuja descentralização e intersetorialidade constituíram-se pontos fundamentais norteadores para a construção de um novo modelo que visou à *saúde como melhoria da qualidade de vida* rumo a um município saudável (RIBEIRO, 2007, p.47-53). Esta experiência destaca enquanto referência as de 1994, do Núcleo de Estudos de Planejamento (NEP) de Campinas, com a publicação *Inventando a mudança na saúde* e das Cartas de Fortaleza e de Havana, apresentadas no I e II Congressos de Secretários Municipais de Saúde das Américas, o primeiro, em 1995, na cidade de Fortaleza, e o segundo, em 1997, em Cuba.

Podemos exemplificar outra experiência como fruto desta oficina, merecedora de destaque, por colocar neste Macro-Contexto Nacional, mais dois eventos que têm ajudado constantemente na construção da experiência brasileira na estratégia de cidade saudável para a mudança da qualidade de vida da população. Uma, é a apresentação da *Concepção de um projeto de observatório de qualidade de vida*: relato de uma experiência realizada em Campinas – SP (AKERMAN, 1997). Este surgiu motivado por dois fatos: a) a experiência da

Cidade de Campinas que, na Gestão do período 1993-1996, desenvolveu projetos e programas com a diretriz básica de proporcionar a melhoria da qualidade de vida do município; b) o outro, em 1995, quando a Secretaria de Governo da Prefeitura de Municipal Campinas e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) iniciaram um processo de aglutinação de profissionais de várias secretarias do município para, numa abordagem intersectorial, elaborar um *indicador composto*³⁶ pela proposta de qualidade de vida para a cidade de Campinas. Faz-se *mister* que mencionarmos que o relato desta pioneira experiência em Campinas foi realizado por Mendes (1996), reconhecido como um dos primeiros autores brasileiro a abordar o tema (AKERMAN, 2002, 2005, 2006).

Na década de 90, Mendes (2000) se refere como repercussão deste movimento no Brasil, um total de 18 municípios que se identificam com a proposta e, desde 2000, outras iniciativas de municípios e comunidades saudáveis são vivenciadas: Limeira, em Campinas, apoiada pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Campinas (PUC-Campinas); Bertioxa, Motuca, Lins, Itaoca e Ribeira, apoiadas pelo Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação da USP (CEPEDOC) Cidades Saudáveis³⁷; Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, apoiados pelo Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade da Universidade Federal de Campinas (IPES/UNICAMP); Redes de Municípios Saudáveis do Nordeste, apoiadas pelo Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco (NUSP/UFPE); e Rede de Comunidades Saudáveis do Rio de Janeiro, pelo Centro de Estudos de Promoção da Saúde do Rio de Janeiro (CEDAPS). Ressaltemos, ainda, incontáveis experiências relacionadas aos ‘ambientes saudáveis’, cooperação intersectorial e institucional no marco das agendas integradas, tais como: escolas promotoras de saúde, universidades saudáveis, empresas saudáveis, agenda XXI, atenção primária ambiental, municípios sustentáveis, municípios educadores ambientais; Desenvolvimento Local, Integrado e Sustentável (DELIS) disseminadas pelo país (AKERMAN, 2006).

Além dos já mencionados, integram, ainda, esta construção histórica e coletiva, no contexto supracitado, as seguintes iniciativas:

³⁶ Indicador é composto por uma medida que associa diferentes variáveis socioeconômicas e de ambiente num indicador sintético para analisar as características de grupos populacionais que vivem em determinadas áreas geográficas (CARSTAIR; MORRIS, 1989a, 1989b; LOCKER, 1992).

³⁹ Formado, em 1997, pelos integrantes da Oficina permanente de cidades saudáveis da Faculdade de Saúde Pública da USP/SP (SAÚDE E SOCIEDADE, 1997, p.3).

- a) a I Oficina do Grupo de Promoção da Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), parte do Programa do V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado em Curitiba, entre os dias 24 e 24 de março de 2002, promovido pela ENSP/FIOCRUZ, ABRASCO e *Canadian Public Health Association* (CPHA), compondo o leque de atividades do Projeto *Promoção da Saúde em Ação*, que objetivou o intercâmbio de experiências nacionais e canadenses e o debate crítico acerca das questões teórico-metodológicas em pesquisa avaliativa de programas de promoção da saúde e desenvolvimento comunitário.
- b) em julho de 2002, dando continuidade à discussão da oficina anterior, aconteceu o Seminário “Promoção da Saúde no Contexto do Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável” com o apoio da ABRASCO/OPAS/CPHA e Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e organizado pela ENSP/FIOCRUZ, através da Coordenação Escola de Governo em Saúde, contando, ainda, com o apoio da OPAS, da ABRASCO, da CPHA e da FINEP, integrando o conjunto de atividades dos projetos *Promoção da Saúde em Ação 1* e *Monitoramento e Avaliação do DLIS-Manguinhos 2*. O objetivo central do Seminário foi a coletânea dos programas de Promoção da Saúde (PS), o Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS) em desenvolvimento no Brasil para, com base nas experiências em curso, debater os princípios conceituais, as estratégias e as metodologias de intervenção utilizadas.
- c) em novembro de 2002, como parte da Pré Conferência Regional Latino-Americana de Promoção e Educação em Saúde, realizou-se outra Reunião do Grupo de Trabalho para a Promoção da Saúde (GT-PS)/DLIS ABRASCO, promovida pela Comissão Pró-GT Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local (PS/DLIS), na Faculdade de Saúde Pública de São Paulo.
- d) constituindo-se uma parte do Fórum Social de Porto Alegre, em 23 de janeiro de 2003, teve lugar uma reunião do GT de Promoção de Saúde e DLIS-ABRASCO que contou com a presença de Antonio Ivo de Carvalho, Armando De Negri, Lenira Zancan, Márcia Krempel, Marcos Akerman, Maria do Socorro Alves Lemos e Simone Tetu Moysés. A pauta deste encontro constou de itens como o delineamento do marco conceitual da promoção da saúde para a qualidade de vida no Brasil.
- e) a Oficina *Promoção da Saúde e o Desafio da Intersetorialidade*, iniciativa do Pró-GT Abrasco de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local, ocorreu, nos dias 29 e 30

de julho de 2003, na Universidade de Brasília, por ocasião do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO. Contou com a presença de aproximadamente 40 participantes, representando instituições de Ensino/Pesquisa e Assistência, de Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde de sete (7) diferentes estados do Brasil, assim como do Ministério da Saúde, CONASEMS e OPAS. A coordenação foi de Antônio Ivo de Carvalho (ENSP/FIOCRUZ) e Miguel Malo (OPS); o relato da oficina foi realizado por Juliana Braga de Paula (CONASEMS), Miguel Malo Serrano (OPS), Ronice Franco de Sá (NUSP/UFPE). Sistematização: Lenira Zancan (ENSP/FIOCRUZ) e Virginia Alonso Hortale (ENSP/FIOCRUZ). Apoio: Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão Participativa; Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); e Escola Nacional de Saúde Pública (FIOCRUZ).

- f) o II Oficina de trabalho *Promoção da Saúde; da Prevenção à Mudança Social*, que fez parte da programação do VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado em Recife/ Pernambuco, entre os dias 19 e 20 de junho de 2004, foi coordenada por Antonio Ivo de Carvalho (ENSP-FIOCRUZ) e Marco Akerman, da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC, CEPEDOC, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo [SMS-SP]), considerado Pró-GT Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local / ABRASCO. Esta oficina, com 35 participantes, teve como objetivos: aprofundar o debate sobre o papel da Promoção da Saúde; atualizar o intercâmbio acerca de iniciativas em curso, visando à consolidação das experiências em PS: Projeto Regional de Evidências de Efetividade em PS na América Latina; (a Rede de Ensino à Distância para a Capacitação de Gestores em PS; Projeto Ação Intersetorial para a saúde (ENSP/ABRASCO/CPHA); Estratégias de Desenvolvimento local para a América Latina (OPAS/OMS); Fórum Brasil no Colóquio de Quebec e propostas editoriais); consolidar a estruturação de GT; e estabelecer uma agenda para 2004-2005;
- g) concomitantemente, ainda em 2004, realizou-se a primeira oficina de trabalho para sistematização da aplicação da *Avaliação Participativa de Municípios Saudáveis: Um Guia de Recursos Práticos para a Ação*, elaborado pelo Grupo de Trabalho de avaliação de Municípios e Comunidades Saudáveis da OPS /Washington (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2004). A realização desta aconteceu nos dias 25 e 26 de novembro, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e foi coordenada pelo CEPEDOC – Cidades Saudáveis e

OPAS, cujo objeto de trabalho foi a constituição de um grupo de trabalho³⁸ que aperfeiçoou o estudo/pesquisa do que se intitulou de estudo de aplicação do Guia de avaliação participativa em Municípios e Comunidades Saudáveis (MCS) para o Brasil (AKERMAN, 2006);

- h) o número especial da Revista *Ciências e Saúde Coletiva*, v.9, n.3, 2004, intitulado *Perspectiva na Avaliação em Promoção da Saúde*.

Outros eventos são mencionados, embora sem não faça parte do período em estudo, mas por ser integrante deste contexto e expressar um movimento que se consolida, no Brasil, mesmo contra-hegemônica e paradoxalmente, promovidos por organismo internacionais e pelo próprio Ministério:

- a) a segunda Oficina de trabalho do grupo supracitado se desenvolveu nos dias 3 e 4 de março de 2005, em Recife-PE, coordenada pelo NUSP/UFPE e contou com a participação de 24 representantes e 17 Instituições de Ensino, Pesquisa e Assistência; Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, do Planejamento e de Ambiente; ONGs de várias regiões do país, além de Organizações Governamentais e de Cooperação Internacional, envolvidas no estudo multicêntrico.
- b) a III oficina de “*Pesquisa Avaliativa em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Comunitário*”, parte da programação do V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado em Curitiba, Paraná, nos dias 23 e 24 de março de 2005. Nessa oficina, foram lançadas as bases para criação do GT Promoção da Saúde e Desenvolvimento, local integrado e sustentável da ABRASCO;
- c) ainda, em 2005, como atividade prévia do I Seminário Brasileiro de efetividade de promoção da saúde, consubstanciou-se a terceira oficina de trabalho, também no Rio de Janeiro e coordenada pela ENSP, cujo teor do propósito foi o de elaborar uma matriz de acompanhamento dos projetos, com a finalidade de monitorar os processos de avaliação em andamento.

⁴⁰ Participantes do grupo da primeira oficina (18 entidades e instituições): ABRASCO/RJ; CEDAPS/RJ; CONASEMS; ENSP/FIOCRUZ; JICA; Ministério da Saúde/MS-BRASIL; OPAS/ BRASIL; PUC/Paraná; SEPLAN/PE; SMS/Goiania; Sub-Prefeitura de Capela do Socorro/SP; UEP/Paraíba; UNISanto Amaro/SP?; UNICAMP e IPES/Campinas-SP; UF/ Goiás; UFMG; NUSP/UFPE; FSP e CEPEDOC/USP-SP.

- d) o I Seminário Brasileiro de Avaliação da efetividade em Promoção da Saúde, ocorrido em maio de 2005, no Rio de Janeiro e organizado pela União Internacional de Promoção e Educação para a Saúde (UIPES) e FIOCRUZ;
- e) ainda em 2005, ano de muito investimento e, portanto, muitos encontros destas instituições, tiveram lugar na quarta oficina de trabalho, coordenada, desta vez, pelo MS, no dia 19/09/2005. Nessa reunião, consta da pauta, a discussão sobre o processo de avaliação do uso do Guia de Avaliação Participativa, a fim de estruturar a continuidade dos estudos em andamento. Na avaliação das práticas, evidenciou-se uma polissemia de significados subjacentes ao campo e propuseram pela continuidade dos processos avaliativos direcionados à aquisição de um maior entendimento e sentido das práticas de promoção da saúde vivenciadas;
- f) ainda, em 2005, mediante a mudança da equipe do governo, o Ministério da Saúde definiu uma agenda de compromissos para saúde, centrada na agregação de três eixos: 1) o pacto em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS); 2) o pacto em defesa da vida e 3) o pacto de gestão, constituindo-se, para este fim, um Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, coordenado pelo Ministério da Saúde. O comitê, reconhecidamente de caráter intersetorial, elaborou a Política Nacional de Promoção da Saúde e uma agenda almejando à Institucionalização desta política (BRASIL, 2007);
- g) o Curso de Metodologia de Avaliação Rápida de Efetividade de Promoção da Saúde, no VII Congresso Nacional da Rede Unida, realizada em julho de 2006, em Curitiba;
- h) em 2006, também foi criada uma Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). O processo de constituição da CNDSS consolidou-se, através do decreto presidencial, em 13 de março de 2005, composta por um grupo de dezessete especialistas e personalidades da vida social, econômica, cultural e científica do país, e nomeada pelo Ministro da Saúde, visando: - Identificar, de forma criteriosa e precisa, as causas de natureza social, econômica e cultural da situação de saúde da nossa população; - Identificar políticas públicas de saúde e extra-setoriais, bem como iniciativas da sociedade que ajudem a enfrentá-las, garantindo maior equidade e melhores condições de saúde e qualidade de vida aos brasileiros;
- i) a XIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no período compreendido entre 14 e 18 de novembro de 2007, em Brasília (DF), com envolvimento do CNS, da

ABRASCO, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do CONASEMS; lideranças dos Movimentos Sociais e Atores do SUS, nas três esferas do governo. O tema *Saúde e Qualidade de Vida: Política de Saúde e Desenvolvimento*.

- j) II Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde, contemplado no Rio de Janeiro, em 13 e 15 de maio de 2008, organizado pela União Internacional de Promoção da Saúde e Educação em Saúde Oficina Regional Latino Americana (UIPES/ORLA-BR), em parceria com a Escola Nacional de Saúde (ENSP/FIOCRUZ); o GT-PS-ABRASCO e a Faculdade de Saúde Pública da USP, norteada pelos seguintes eixos temáticos: - Política Nacional de Promoção da Saúde, determinantes sociais e estilos de vida saudáveis; - metodologias de avaliação; - avaliação de programas e práticas de ensino de OS e – efetivação das práticas de PS em diferentes ambientes.

Cumpre-nos ressaltar que todos esses eventos nacionais são relatados contextualizados por um único ator, pertencente ao grupo não-governamental, é um atuante partícipe desta construção nacional. Assim, vários destes eventos foram reconhecidos e registrados pelo mesmo, da seguinte forma:

O GT da ABRASCO, como a gente chamava de pró GT, é desde 2001, 2002, concomitante, promoção da saúde e desenvolvimento da fase sustentável, e passou a ser o GT mesmo, em 2004. Assim, o Ministério chamava muito pra ouvir, mas teve um certo [...] De 90 pra cá a gente tem Rosilda Mendes que estava presidindo o CEPEDOC, Cidades Saudáveis da USP e fez uma Tese de Doutorado sobre cidade saudável [...] a cidade de SP, na época de Erundina, que ela começou e não deu certo, aquela coisa mega, vários municípios, em SP, como Bertiooga e outros vários que a gente vê no CEPEDOC. [...] a gente teve, também, no Paraná algumas cidades. Teve um encontro nacional da rede brasileira de municípios saudáveis, em Sobral, patrocinado por Odorico, mas que a gente avaliou o fracasso desta rede ao fato de ter sido setorial. Esta rede tinha nome, Rede Brasileira de Municípios Saudáveis, e tinha Revistas de lá da Secretaria de Saúde, Promoção da Saúde que era da Secretaria [...] foi nesse momento que aconteceu tudo isso [...] De 95 pra 2000 e, em 2000, quando eu cheguei à rede, já estava em desconstrução e aí eu encontrei algumas pessoas do Ministério que queriam reconstruir esta rede, eu cheguei a participar de algumas reuniões, mas o Ministério não queria mais assumir. [...] Hoje, chama a atenção da gente o Ministro que assumiu, agora, Temporão, no discurso de posse dele, e aponta a proposta de Município Saudável como a proposta mais eficaz pra trabalhar o Pacto pela Saúde. E, eu soube há poucas semanas que está uma discussão no Ministério pra assumir uma nova rede nacional de município saudava [...] Porque, no Paraná, é assim, a PUC de lá trabalha junto com a Secretaria Município de Saúde de Curitiba e a construção de Curitiba Saudável e dos projetos são feitos juntos e depois até foi feita a proposta de Universidade Saudável e se uniu a Universidade Federal do Paraná, se bem que

é mais a PUC do Paraná e a parte de ODONTO que é a mais envolvida com promoção e saúde e cidade saudáveis. Em Campinas, a UNICAMP puxa a discussão dos Municípios Potencialmente Saudáveis; em SP, tem a USP que trabalha, é ainda Rosilda, e a maioria dos prefeitos dos municípios foram alunos dos cursos que ela deu de Cidade e Município Saudável, então é uma proximidade muito grande. Onde mais eu posso lembrar? Agora, a Universidade Federal de Goiás está com um trabalho mais próximo, que participo também e tem um projeto chamado de Felicidade, e a Universidade Federal de Goiás participou a Universidade Federal de Tocantins tava participando [...] então, assim, a gente vê claramente o trabalho muito interconectado das universidades nestes outros locais, no caso específico da Cidade do Recife, eu tenho a impressão de que não houve. [...] (Ent. GNG-05).

Quanto ao Estado, desconhece, também, alguns movimentos do governo, daquele período, que estimulasse projetos de cidade saudáveis e reconhecesse que, em nível nacional, houve período de estímulo, com financiamento e tudo mais:

No estado [...] não existe nenhum movimento, pelo menos de Jarbas. Existe um Órgão do Ministério da Saúde, ou do Ministério do Planejamento, nem sei, que estimulava projetos de cidade saudável, mas acho que foi no segundo governo de Fernando Henrique, que aí havia recursos e tudo o mais (Ent. GG-09).

Registramos, também, que são reconhecidos por outro ator todos os fóruns internacionais, nacionais e também no estado e, à semelhança dos demais atores da gestão municipal estudada, lamenta a falta de influência destes postulados e relata a atuação voltada para as questões internas do setor, assim disposta:

A gente já tinha toda a referência das conferências mundiais de promoção de saúde, já tinha as referências da rede de cidade saudáveis, de municípios saudáveis a nível nacional, dos contatos com OPAS, com esta discussão a nível de OPAS, do próprio NUSP, já tinha gente que fazia esta ponte... De 2001 a 2004, o trabalho foi mais pra dentro, não interagiu com os diversos setores do macro-contexto, com a própria rede de município saudável, com a OPAS (Ent. GG-10).

Constatamos que, neste depoimento, torna-se evidente que, na percepção dos atores do grupo governista, de uma forma geral, mesmo reconhecendo a existência das Conferências Internacionais, essa nova concepção de integralidade (promoção da saúde/cidades saudáveis) é marco ainda frágil e reconhece a ausência de trocas com o Macro-Contexto Internacional. E, no contexto nacional, informa que o próprio Ministério da Saúde (MS) não adotou este marco, reconhecendo que houve incentivos pontuais, *experiências isoladas*, que não se constituíram proposta mais global de concepção e, no Micro-Contexto adotam a postura de conceder mais crédito à proposta, porém ressalta a falta de diálogo com as experiências nacionais cuja

existência, para ele, estão mais para a teoria (literatura) do que para realidade. Importa que ressaltemos o desconhecimento das experiências e do entendimento que o MS deveria ter, tendo em vista ser o órgão responsável pela difusão da política, a propósito do que explicita:

Eu diria que essa nova concepção de integralidade e acho que não é um marco ainda forte no Brasil. Tem a experiência Canadense que me parece um grande referencial da proposta de cidade saudável, mas que a gente também não tem muita troca, de uma certa maneira, a gente nunca teve muito espaço pra diálogo, nem espaço de troca (Ent. GG-02).

E, enquanto experiências localizadas no Estado e na região do nordeste, é relatado:

Porque que Itambé foi muito importante? Porque a gente aprendeu como não fazer. Eu acho que a gente errou muito no trabalho em Itambé, a gente seguiu a cartilha, na época, dos trabalhos que estavam sendo feitos do PNUD, do SEBRAE. [...] mais ou menos parecido, a gente fez aquela nucleação de município, e aí, como eu tinha trazido uma equipe que trabalhava com isso, na SUDENE, pra assumir aquilo e orientar a gente nesta parte de Itambé. A gente seguiu aquela cartilhinha que furou a nossa tentativa de intersetorialidade, porque divide os fóruns por saúde, educação. Faz justamente o contrário e traz esta perspectiva bem setorializada, [...] Todas estas reflexões serviram pra gente tentar bolar um novo modelo com esses cinco municípios, porque essa proposta não veio pronta do Japão, fomos nós que fizemos o projeto e pedimos ajuda ao Japão e a gente construiu essa metodologia aqui e pensando em mudar primeiro. Todo problema, em Itambé, foi que as pessoas concebiam o seu papel da população, achando que tinha que receber, porque a gente começa a trabalhar muito os negativos, que é a visão que a SUDENE trabalhava você entra pelo negativo, pelo que falta, a gente começa despotencializando a população e esquece de ver o potencial, que também é o outro extremo, que só é ver o potencial, só é ver a vida colorida e cor-de-rosa, então a gente quis trabalhar repotencializando essas pessoas e revendo o papel delas na construção da sua vida, na qualidade, no nível Micro pra ir gradativamente fazendo esta discussão, mostrando, nesse método, que se eu sei contar uma história bem, é um valor que eu tenho, é uma ajuda na coletividade e uma transformação no município. [...] Com os cinco municípios, a gente começou, em novembro de 2003 até 2007, há quatro anos. Como tá o caminhar dos cinco municípios? É cheio de altos e baixos, tem momento que a gente acha que está indo de vento em popa e tem momento que a gente acha que não tá dando em nada, porque desestabiliza um pouco; aí a gente avaliou a sustentabilidade e tinha poucos facilitadores, poucas pessoas assumindo mesmo o projeto, porque teve muita gente que mudou de município, teve gente que casou, então começou a diminuir muito. Aí, esse ano, o grande investimento da gente foi fazer este curso pra quase 50 pessoas, em cada município e, no final, foram quase 200, porque muitas faltaram, formamos quase 200 agentes agora e, no último dia, de tarde, cada um se colocou, o que queria fazer, quem queria ser só colaborador, quem queria ser facilitador e quem queria ser supervisor e quase todo mundo queria ser supervisor, então, aumentou muito o contingente de pessoas dispostas a levar isso adiante, a gente sempre diz assim: a gente tá fazendo a parte da gente. [...] e eu tive a oportunidade de ir num seminário que teve, agora, de Gravatá e encontrei a Ex-Secretária de Saúde de Alagoas, Amália, veio pro seminário, porque ela desenvolveu a rede de Município Saudável de Alagoas, nos anos 90, e, quando ela saiu da secretária, essa rede morreu, porque era algo assumido pela saúde [...] aqui, em PE, teve um movimento em Cabo de

Santo Agostinho e Camaragibe, mas foi uma coisa muito pontual, que foi em nome de algumas pessoas que passou nos anos noventa, Em Recife, eu acho que, enquanto Instituição, não teve nenhuma, se teve eu não ouvi falar, eu sei que teve uma pessoa de uma instituição que é o NESC, que eu fui informada que, na primeira gestão, estava como responsável por esta questão dos municípios saudáveis, mas tudo é de ouvir falar, eu não ouvi nem soube de nada que tivesse envolvido a UFPE ou a UPE (Ent. GNG-05).

Assim, torna-se claro que as intenções de implementação de políticas públicas mais saudáveis, por meio de incentivos ao desenvolvimento de ações intersetoriais, de propostas de advocacia sustentável e de formação de redes de proteção social, com a criação de fóruns políticos, desde as Conferências Mundiais de Alma-Ata e do Relatório Lalonde, que precederam e possibilitaram a criação dos movimentos internacionais, através das Conferências Mundiais de Promoção da Saúde. Bem como é explicitada a existência de iniciativas nacionais (Jundiá /SP e Maceió, em 1995; CEPEDOC Cidade Saudáveis (SP); CEDAPS, Rio de Janeiro; NUSP/UFPE, em Pernambuco, etc.).

Contudo, no que concerne ao período estudado, nem para o Ministério da Saúde, nem para o Recife, nem para o Brasil, a proposta se fortalece. Muito pelo contrário, perde importância, no município, quando até o slogan muda, sabendo-se agora que *A grande obra é cuidar das pessoas* e, nacionalmente, apesar de ter ser criado um Ministério das Cidades, a proposta da Promoção da Saúde permanece no Ministério da Saúde, tornando-se parte integrante do Programa do Controle das Doenças Não-Transmissíveis, assim, institucionalizadas pelo gestor da saúde, conduzindo o processo ao que se previa e à fragmentação, posto que abandona o embate frente aos determinantes da saúde, constituindo-se, apenas, como mais um programa do setor saúde.

Mas, a sociedade, instigada pela OMS e OPAS permanece, através das Universidades e da Escola Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde, desde o ano 2000, articulando experiências junto a oito (8) iniciativas em rede de municípios e inúmeras experiências de ambientes saudáveis, re-significando, através da escritura, a história de sua trajetória nacional que, desde 2004, vem sendo avaliada em oficinas nacionais e pelas parcerias de agências de cooperação internacional, junto ao Canadá e ao Japão.

Assim, em relação às questões específicas à Política de Promoção e à estratégia Cidades Saudáveis, no Macro-Contexto Nacional, disponibilizamos alguns poucos registros concernentes à prática política no Governo FHC, sendo reconhecida a participação de

sanitaristas históricos para a emergência desta política, mesmo que de forma incipiente, bem como ficam evidentes as resistências a ela.

4.1.1.3 Esfera Econômica

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), embora o Brasil tenha melhorado alguns de seus principais indicadores sociais, a distribuição de renda constitui-se, ainda, um dos maiores, senão o maior, problemas do país e uma das piores distribuições de renda do mundo. Esses dados apontam a pobreza, no Brasil, não deita origem na falta de recursos, mas na má distribuição daqueles existentes. Poucos detêm muito e muitos não detêm quase nada. A renda média dos 10% mais ricos do país é 28 vezes maior do que a renda dos 90% da população.

O coeficiente de Gini⁵¹, no Brasil, em 2001, foi calculado em 0,59352, muito próximo de países como Namíbia (0,707), Serra Leoa (0,629), de extrema pobreza, e muito distante dos padrões de distribuição de renda de países desenvolvidos, como Suécia (0,250), Japão (0,249) e Dinamarca (0,247), considerados ricos. Amparados por estas estatísticas, constatamos que *a metade pobre da população brasileira* ganha, em soma, quase o mesmo valor (12,5% da renda nacional) que os 1% mais ricos (IPEA, 2006). Porém, se estabelecermos um paralelo entre a renda *per capita* do Brasil e a de outros países, não poderemos considerá-lo um país pobre, posto que a comparação internacional, quanto à renda *per capita*, coloca o Brasil entre o terço mais rico dos países do mundo. Apenas, 36% dos países do mundo possuem renda *per capita* superior a do Brasil, mas o seu grau de pobreza é significativamente superior à média dos países com renda *per capita* símile à brasileira. A população pobre do Brasil representa 30% de sua população total, enquanto, em países com renda *per capita* símile, esse número é de 10%. Assim, consoante essa comparação, o Brasil deveria ter apenas 8% de sua população na linha de pobreza (BARROS; HENRIQUES; MENDONÇA, 2001).

O enfrentamento desta realidade, pelos governos nacionais do período estudado, permitiu-nos a seguinte análise:

A reeleição de FHC contou com a manutenção de grande parte de seu suporte político (no Congresso e entre os governadores). Ainda que esta vitória tenha referendado uma preferência pelo programa neoliberal e ao *Segundo Consenso de Washington*, ela representou também a continuidade de um governo que perdeu sua força política, face às mudanças na política econômica que o obrigaram a proceder, nos primeiros dias de governo, em janeiro de 1999, mesmo após recorrer ao apoio do FMI e ao Governo Norte-Americano, a desvalorização do real. Já, no campo político, contou com maiores coligações no primeiro mandato, o que dificultou a continuidade das reformas estruturais no segundo (EVANS, 1993).

Perfilados pelo compromisso de manutenção da estabilidade e de aprovação das reformas estruturais, contando para tanto com o apoio de uma ampla coalizão de centro-direita, o governo de FHC apresentou grande operacionalidade nos primeiros quatro anos, tornando-se problemático após a reeleição. As políticas reformistas, aprovadas ao longo desse período, representaram o aprofundamento da monocultura institucional, vigente no país, desde o início da década, transformando o *Estado solução*, dos anos 80, no *Estado problema*, na década de 90, viabilizado por uma coalizão de governo, afinada com um projeto neoliberal endossado pelo PSDB e por um grupo de economistas, ligados ao partido, responsáveis pelo Plano Real (EVANS, 1993).

No período de 2001 a 2002, a adoção de metas fiscais, em conformidade com o acordo estabelecido com o FMI, o Governo cumpriu a meta imposta pelo FMI, através de modestos cortes nos gastos³⁹ e, principalmente, de aumentos da receita. Este ajuste também foi favorecido por algumas reformas fiscais, a saber: modificações na concessão de aposentadorias e pensões; a renegociação das dívidas dos Estados; a aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal; a privatização de bancos e empresas dos governos estaduais (PINHEIRO; GIAMBIAGI; MOREIRA, 2001, p.24). Bem como uma série de medidas extraordinárias, como impostos temporários, como a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) e os resultados do programa de privatização, os quais permitiram o crescimento da receita, quando calculada como percentagem do Produto Interno

³⁹A dívida pública cresceu, durante os anos FHC, e houve, também, um aumento considerável do gasto governamental em todas as áreas: 6% anuais em média, enquanto o PIB cresceu apenas 2,4% ao ano. Os gastos públicos não-financeiros passaram de 16,5% do PIB, em 1994, para quase 22%, em 2002. As despesas com amortização da dívida e pagamento de juros aumentaram e, em todas as áreas, os gastos, com pessoal e com investimento, cresceram bem mais rápido que o PIB (SAMUELS, 2003, p.829).

Bruto (PIB), apesar das baixas taxas de crescimento e do alto índice de desemprego. Todos estes fatores contribuíram para que o setor público alcançasse um superávit primário superior a 3% do PIB, em contraste com os anos anteriores.

Por fim, o regime de metas de inflação representou um compromisso com a permanência da estabilidade, conquistada pelo Plano Real, além da retórica nos discursos oficiais, já que a mensagem para os agentes econômicos era clara: o governo devia fazer o que estivesse ao seu alcance para atingir as metas rígidas estabelecidas com antecedência.

No que se refere à execução das metas, o regime funcionou bem nos dois primeiros anos, fracassando, em 2001 e 2002, quando a inflação se desviou da meta de forma significativa. Todavia, a avaliação deste regime, enquanto âncora nominal, é positiva, quando consideradas as expectativas de inflação de médio e longo prazo, que se mantiveram sob controle. A avaliação deveria considerar primordialmente o desempenho de outras variáveis da economia, relacionadas diretamente ao regime monetário, sobretudo o comportamento do produto e da taxa real de juros, cujo resultado é frustrante, haja vista ao crescimento anual médio do PIB, de apenas 2%, entre 1999-2002, pouco abaixo do observado no período anterior. O resultado apresenta-se um pouco melhor no câmbio flutuante⁴⁰, uma vez que os juros reais passam a cair, ao contrário do que acontecera no período anterior. Logo, se não fosse a mudança de regime cambial, intimamente ligada à escolha do regime de metas, a atividade econômica, talvez, estivesse efetivamente comprometida, de acordo com o que fora observado (SCHWARTSMAN, 2004, p.91).

O candidato de oposição chegou ao poder com um discurso híbrido, combinando a manutenção dos contratos com propostas de geração de emprego. No entanto, a vitória de Lula, historicamente um político de esquerda, oriundo das camadas populares, que abandonou o discurso radical, após a terceira derrota, representou uma mudança da coalizão política governante, porém longe de uma ruptura com a monocultura institucional, consolidada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso.

Objetivando a estabilização econômica e a geração de um ambiente favorável a investimentos, uma das tônicas do governo Lula foi a criação de superávits primários para o pagamento da dívida externa. Isso, em parte, até foi possível viabilizado pela disponibilidade

⁴⁰ A taxa de juros deixa de ser usada em sua real função, que é o de assegurar o equilíbrio do balanço de pagamentos em detrimento do controle da inflação, ou seja, passa a ser empregada para um efetivo controle da inflação.

de dólares no Brasil, fruto dos bons resultados da balança comercial, possibilitando que o governo pagasse parte de sua dívida externa, aumentasse as reservas internacionais e reduzisse a vulnerabilidade externa.

Nos quatro anos do primeiro governo Lula, o endividamento do país caiu de US\$ 210,711 bilhões, no final de 2002 para US\$ 168,867 bilhões, representando uma redução de 19,9%. No ano de 2005, o superávit comercial (saldo positivo entre exportações e importações) totalizou US\$ 46,077 bilhões, o maior da história; como a maior parte desses recursos entra e fica no país, a cotação do dólar cai, já que a oferta de moeda estrangeira é grande (RIBEIRO, 2007).

À luz deste enfoque, a vitória de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2002, constitui-se um importante passo em direção a consolidação democrática no país, uma vez que a via eleitoral e a saída constitucional puderam ser confirmadas como o caminho de alternância no poder e da resolução de impasses políticos. A temática do sistema partidário, no entanto, não compartilhou dos mesmos avanços, visto que o cenário, caracterizado por intensa fragmentação, fragilidade partidária e a elevada volatilidade eleitoral, são algumas evidências dos modestos resultados nesta área (KINZO, 2004, p.35).

Em contrapartida, desde o começo da campanha, o PT firmou compromisso com a manutenção da estabilidade econômica, conquistada através da *Carta ao povo brasileiro* (PARTIDO DOS TRABALHADORES apud CHAVES, 2002), quando Lula se comprometeu a honrar as metas de superávit fiscal (estabelecidas mediante acordo com o FMI), e os contratos que regem a rentabilidade dos títulos da dívida pública.

A estabilidade financeira é ratificada por este informante que, embora, inicialmente, em 2001, fosse governo de outro partido, isso não trouxe dificuldades financeiras para o município e, após a mudança do governo, a partir de 2002, a relação melhorou ainda mais, não esclarecendo, contudo, nada em relação, nem a um governo, nem ao outro, nem em relação a uma diretriz, contemplando à indução de uma política de Promoção da Saúde e a Estratégia Cidade Saudáveis – o que é ressaltado pelo outro depoimento, em relação à dificuldade das redes, no âmbito nacional, de se manterem, bem como a busca pelos apoios externos é paradoxalmente citada, como também a ajuda do governo nacional de oposição, quando do apoio dado para desenvolvimento de projeto em Pernambuco, apesar de ter fechado o diálogo sobre a política, como é relatado pelas duas falas, a seguir:

Em relação ao Governo Federal, como você tem o SUS, que é uma Instituição, vamos dizer assim, altamente republicana, no sentido de que você independe do bom ou do mau humor do Governo Federal e nós, então, não tivemos grandes dificuldades, a transferência de recursos, fundo a fundo [...] Nós nos candidatamos e captamos recursos de todos os programas e projetos que o Ministério da Saúde tinha, então com o Governo Federal, independentemente, vamos dizer, de um bom relacionamento ou não, nós conseguimos ter um resultado positivo. E, depois da mudança de governo. [...], então, isso se ampliou muito mais[...] (Ent. GG-05)

Estas redes vêm se mantendo a custa de muito esforço próprio, do nosso trabalho, a gente foi buscar apoio fora do Brasil que, apesar de não entrar muito recurso financeiro, quase não entra, mas isso te dá um respaldo institucional dentro do País, pois, você tem uma cooperação internacional lhe apoiando e isso facilita as publicações e a visibilidade. A UNICAMP pega apoio com a OPAS, consegue publicações e o CEPEDOC são projetos do CNPQ, quer dizer a gente tem que tá buscando financiamento, apesar de não ser papel da academia, em outros municípios, nas outras regiões, eu acho que os de lá de SP têm bastante recursos. No caso da rede em que Ana Sperandio trabalha, são ações específicas, como a prevenção do tabagismo, como essa é uma ação que a OPAS tem interesse, às vezes, nas ações de tabagismo tem um recurso pra fazer um evento. [...] Mesmo dentro da Promoção da Saúde, a Secretaria de Políticas de Saúde que antes tinha [...] o Setor de Município Saudável, houve um momento em que o próprio Secretário chama a equipe responsável pelos municípios saudáveis e diz não quero mais saber de municípios saudáveis, porque é algo maior do que a saúde e a gente não vai mais trabalhar com isso, então acaba a discussão mesmo tendo apoiado um projeto, aqui, em Itambé [...] (Ent. GNG-05).

Também, no âmbito estadual, no que concerne à esfera econômica, as dificuldades são descritas, bem como o apoio necessário, de Agências Internacionais, com a finalidade de suprir a incipiente construção da política em nível nacional:

No NE, o município participa com o quê? Quando tem eventos, eles fornecem transporte, alimentação, no curso todinho que a gente deu esse ano pra pessoas de fora, eles forneciam a alimentação dos 50 alunos e mais dos professores, são recursos importantes para o orçamento das nossas Prefeituras pequenas e são coisas bem pontuais, [...] A rede pernambucana de municípios saudáveis está se formando [...] Agrestina está indo pra todos os eventos que a gente faz, inclusive com a ajuda do Prefeito, ele foi para todos os eventos, ele foi pra encontro de redes; Catende tem ido. além dos 5. Bezerros há muito solicitou, Goiana agora; quem tá indo efetivamente para todos os eventos é Agrestina, Catende. Tem mais uns dois ou três, eles já estão se sentindo da rede, mas a gente tem que definir como a gente vai trabalhar com esses novos [...] (Ent. GNG-05).

Apesar do Brasil está entre o terço mais rico dos países do mundo (apenas 36% dos países do mundo possuem renda *per capita* superior a do Brasil), é grande a concentração de renda (30% abaixo da linha da pobreza) o que vai gerar iniquidades quando à situação de vida da população. Alocação pontual de recursos específicos para políticas de promoção da saúde.

4.1.1.4 Esfera Social

A grave configuração social do Brasil aponta um país, cuja economia situa-se entre as quinze maiores do mundo, porém com uma das piores redistribuições de renda, provocando o seu principal problema, que é o gerador de iniquidades⁴¹ regionais, para comprovar isto, basta, apenas, observar as condições sociais e de saúde, bem como o acesso aos serviços sociais e de saúde. Entendemos que isto é fruto do descompasso entre reforma do sistema de serviços (democrática, universalista, incluyente, redistributiva) e o modelo econômico dominante, as benfeitorias nos índices absolutos de saúde e o agravamento dos índices relativos (desigualdades) (CARVALHO, 2008).

Reconhecemos que, para o Brasil, a Promoção da Saúde, enquanto movimento e marco conceitual (não como nível de atenção) chega tardiamente – só nos anos 90 (I Conferência de Promoção à Saúde, na América Latina, em 1992, no México) – e fortemente delimitada numa agenda de mudanças sociais e culturais, a referida agenda inconclusa da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (GERSCHMANN, 1995).

Corroborando, Paim (2007, p.258), ao tentar compreender criticamente a RSB, destaca que, diante dos fins propostos por ela, estes transcendem uma reforma setorial, institucional e administrativa, os meios adotados, na sua construção e implementação, parecem insuficientes e centraram-se nas vias legislativo-parlamentar e técnico institucional, particularmente, direcionadas à implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde-SUS. Reconhece que estas estratégias mostram-se, cada vez mais, potentes na superação dos vários obstáculos verificados na conjuntura pós-constituente, fins da década de 80 e 90, porém, não conseguiram mostrar a mesma efetividade no que tange a ampliação da consciência sanitária, a realização da cidadania na saúde e a melhoria das condições de vida e de saúde da ampla maioria da população brasileira. Propõe – como desafio central da RSB, para uma efetiva superação dessa fase – um direcionamento às instâncias sócio-comunitárias,

⁴¹ Iniquidades, rotulação em saúde, que aplica-se entre grupos e indivíduos, são as chamadas desigualdades da saúde que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD,1990).

ampliando a sua base de sustentabilidade política, enquanto projeto e avançando no seu processo de conclusão.

Segundo Carvalho (2008), as práticas, inspiradas nos valores e referências da Promoção da Saúde, diversificaram-se, abandonando o contexto de expansão da agenda dos serviços de saúde, em favor de ações sobre os determinantes mais imediatos (ações educativas e organizativas, de empoderamento, de grupos comunitários – mulheres, idosos, crianças, hipertensos, diabéticos, obesos etc. – relacionadas a novas atitudes e comportamentos); como experiências de desenvolvimento local, articulando comunidade, governo, academia, empresas, serviços, em torno de projetos intersetoriais, visando à produção de melhorias sustentáveis em nível local; como práticas de *advocacy*, visando influenciar governos e sociedade para a necessidade de políticas estruturais, mais comprometidas com o bem-estar e gerando bem menos desigualdades.

Assim, entendemos que em âmbito nacional e para o setor saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido como uma questão positiva de construção coletiva de mudança, assim registrado:

[...] Tem alguns sinais positivos, o SUS, por exemplo, na área de saúde, eu acho que o Brasil enveredou por uma discussão pela implantação de um sistema coletivo de saúde que, evidentemente, vai precisar ser melhorado e aperfeiçoado, mas, para mim, ele é um sinal desse ambiente positivo, que a sociedade está construindo (Ent. GG-07).

O desafio atual é o enfrentamento das iniquidades que ainda se apresentam à realidade nacional, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE (1996) quais sejam: alto percentual infantil, crianças de 7 a 14 anos que não freqüentam escola e as desigualdades por região, por escolaridade da mãe; em relação ao saneamento básico (não têm água 12,8% e 34,4% não têm esgoto), mas, segundo alguns determinantes, esses percentuais variam de 0,2 a 48,2% e, quanto à evolução do coeficiente de mortalidade infantil que, apesar da grande redução de 160 para 20 óbitos, menores de um ano por mil NV, no período de 1940 a 2001, levando-se em conta os determinantes: renda familiar, anos de estudo da mãe, situação de domicílio (urbano /rural), ou por unidade da federação, encontraremos sérias discrepâncias.

Ainda, em relação às questões sociais, segundo Andion e Serva (2004) reforçando a complexidade a ser enfrentada quanto à conformação da nossa sociedade, apesar do

reconhecimento de uma democracia inconclusa, que, por sua vez, otimiza a uma agenda igualmente inconclusa da RSB, reconhecemos que a redemocratização do país teve um impacto substancial na esfera da sociedade civil e conseqüentemente no campo das organizações da economia social. Destacando que se aponta como um dos efeitos de maior impacto a intensificação do processo de institucionalização da sociedade civil, caracterizado por várias iniciativas, dentre as quais citaremos:

O estabelecimento do Marco Legal do Terceiro Setor, realizado durante o Governo de Fernando Henrique Cardoso, o qual produziu a legislação que cria um novo tipo de entidade, a OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público; a realização de fóruns locais e nacionais, reunindo organizações que atuam em diferentes áreas de interesse público; o fortalecimento de entidades representativas da sociedade civil, tal como a Associação Brasileira de Organizações Não-Governamentais; a implementação do Programa Comunidade Solidária, também, durante o Governo do Presidente Cardoso, que desenvolveu diversos projetos socioeconômicos, através de parcerias entre o Estado e organizações civis (ANDION; SERVA, 2004 p.20).

Distinguímos, ainda, outro aspecto de destaque no panorama atual que demonstra o crescente envolvimento do setor privado nas questões eminentemente sociais que, segundo Andion e Serva (2004), configuram a grave social do Brasil, inferindo que houve uma sensibilização de uma parte significativa do empresariado, através do investimento em projetos de responsabilidade social. Nesse movimento, nota-se a crescente adoção de práticas rotuladas como o *voluntariado corporativo*, que é a parceria com organizações da economia social, direcionadas a ações que viabilizam o compartilhamento em benefício das parcelas desfavorecidas da população, até então inusitadas. Para os autores, acima citados, na dimensão institucional, esse movimento produziu a criação de Fundações e Institutos por grandes empresas privadas, com o intuito de desenvolver projetos sociais, assim como engendrou a constituição de organismos de representação, com uma amplitude de ação nacional, como o Grupo dos Institutos e Fundações Empresariais (GIFE) e o Instituto Ethos de Responsabilidade Social (INSTITUTO ETHOS).

Nesse contexto, detectamos, com um pano de fundo internacional diferenciado, um aparato legal em transformação e novos atores na cena institucional, a complexidade da esfera da sociedade civil é crescente. Assim sendo, novos desafios e perspectivas se fazem presentes para os atores que dela participam ativamente e, por conseguinte, para os membros das organizações da economia social.

Segundo Sousa Santos (2002), toda esta complexidade é inserida num projeto maior, na construção de uma nova gramática social, na qual os atores, os que não têm voz ativa, possam ser ouvidos, possam ser legitimados como indivíduos e coletividades, detentores de direitos e, sobretudo, do direito de manter as culturas e formas peculiares de ser do *mundo da vida*.

Assim, voltados à esfera social, no contexto nacional, reconhecemos a influência do Governo Federal em apoiar questões ligadas mudança de qualidade de vida, dando prioridade ao do ponto de vista habitacional, informa:

Quando Lula foi eleito, a primeira visita que ele fez foi ao Recife e foi visitar as palafitas de Brasília Teimosa, assumiu um compromisso e fez Brasília Teimosa, transformando-a em Brasília Formosa. Então, aquilo dali também é um marco importante, que interferiu na qualidade de vida das pessoas, tem alguns questionamentos, mas tem tudo a ver com qualidade de vida [...] (Ent. GG-01).

Para outro, a observação da realidade brasileira e recifense, no cenário político e social, com ênfase na mudança da qualidade, reconhece a dificuldade e o pouco avanço devido às questões concretas e diferenciadas, em relação ao primeiro mundo:

[...] eu acho que o Brasil viveu uma experiência diferenciada dos outros países, principalmente, da Europa, em relação à qualidade de vida, porque veja só, você tem, na Europa, as políticas do estado de bem-estar social, que criam uma base de atendimento do conjunto dos direitos, que garante uma certa qualidade de vida [...] O Brasil, ele foi pressionado, simultaneamente, a trabalhar com políticas de transferência de renda e políticas de reconhecimento, ao mesmo tempo em que tem que trabalhar o Bolsa Escola, tem a política de cota, reconhecendo a questão negra, a Secretaria, o Ministério das mulheres, tem a questão dos quilombolas sendo tratada, tem a questão do campo, tem a questão da reforma agrária, tá claro? Então, acho que o Brasil viveu internamente, influências do nível de organização, atingido pela sociedade brasileira, mas também influências internacionais, que estava vivenciando, se é possível dizer isso, eu não sei se a palavra correta é essa, mais folgadoamente, o desenvolvimento das políticas de reconhecimento da diversidade, das diferenças, porque já tinha dado conta, através da política de bem-estar, de uma certa base [...]. Talvez, por isso não tenhamos avançado tanto, nem no João, nem no de Lula, porque vai assim, tudo junto, transferência de renda e, simultaneamente, reconhecimento das identidades e das diferenças (Ent. GG-03).

Portanto, em um âmbito social de desigualdades sociais, com 1/3 da população abaixo da linha da Pobreza, altos índices de violência, desemprego e empregabilidade informal para esta parcela significativa da população, somado aos fatores da modernidade que afetam, também, a qualidade de vida dos Recifenses, a condição social enfrentada, naquele período, encontra expressão no baixo índice de desenvolvimento Humano a ser vivenciado.

A reflexão sobre a implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde- SUS reconhece que estas estratégias têm-se mostrado potentes no se refere à superação dos vários obstáculos verificados na conjuntura pós-constituinte, fins da década de 80 e 90, porém, não conseguiram mostrar a mesma efetividade no que tange a ampliação da consciência sanitária, a realização da cidadania na saúde e a melhoria das condições de vida e de saúde da ampla maioria da população brasileira, requerendo projetos intersetoriais, visando à produção de melhorias sustentáveis em nível local, visando influenciar governos e sociedade para a necessidade de políticas estruturais mais comprometidas com o bem-estar e menos geradoras de desigualdades.

Resumindo, o Macro-Contexto para a Cidade do Recife, no período estudado, é apresentado nas subcategorias analisadas no quadro síntese (Figura 12) abaixo.

POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA RECIFE CIDADE SAUDÁVEL (2001-2004)		
Macro-Contexto		
Esfera Política	Esfera Econômica	Esfera Social
<ul style="list-style-type: none"> • República Federativa Presidencialista • Dois Presidentes de partidos opostos no período em estudo: • Regime “<i>pseudo social democrata</i>” e <i>neoliberal</i> (período FHC - 2001-2002); • Mudança Política para Regime Democrático (período Lula – 2003-2004). • Influências dos Movimentos Internacionais: • Conferências Mundiais de Promoção da Saúde (Alma-Ata, Relatório Lalonde; a I, em 1986, Carta de Otawa e a última em 2005, Carta de Bankoc) • Influências Nacionais (Oficinas e Experiências): • Jundiá /SP e Maceió 1995/Itambé/PE - 2001 • Oficina de Avaliação de oito iniciativas em 2004, realizada na USP, coordenada pela OPAS; • CEPEDOC Cidades Saudáveis (SP); • CEDAPS /Rio de Janeiro • Intenções de Implementação de Políticas Públicas mais Saudáveis • Incentivo ao Desenvolvimento de Ações Intersetoriais • Advocacia Sustentável • Redes de Proteção social 	<ul style="list-style-type: none"> • Brasil entre o terço mais rico dos países do mundo. Apenas 36% dos países do mundo possuem renda <i>per capita</i> superior a do Brasil • Grande concentração de renda; 30% em condição de pobreza (Iniquidades quando à renda da população) • Alocação pontual de recursos específicos para políticas de promoção da saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> • Desigualdades Sociais de 1/3 da população abaixo da linha de Pobreza; • Violência • Desemprego e Empregabilidade Informal para uma parcela significativa da população; • Qualidade de vida afetada por fatores da Modernidade; • Índice de desenvolvimento Humano afetado em grande parte do país;

Figura 12: Matriz de Análise Categoria Contexto da Política e suas Subcategorias Operacionais.

Fonte: a autora, adaptado de Araújo Jr. e Maciel Filho (2001).

4.1.2 Micro-Contexto

No Micro-Contexto, nossa abordagem Política de Promoção da Saúde e a Estratégia de Cidades Saudáveis contemplou as diretrizes e linhas de ação política da política em questão, na esfera econômica, os financiamentos, seus mecanismos de repasse e os valores destinados aos programas e, no âmbito social, os principais problemas na esfera social e de saúde, da Prefeitura da Cidade do Recife.

4.1.2.1 Esfera Política

A eleição de João Paulo foi defendida como um grande passo dado para a retomada das esquerdas para a Cidade do Recife, com uma disputa muito acirrada, porém expressando um grande empenho da sociedade em retomar as rédeas do destino da cidade, expressão da consolidação democrática⁴², vivenciada em Pernambuco. Re-editando, em outro nível de aprimoramento, o vivenciado em 1985, quando, pela Frente Popular em Pernambuco⁴³, elegemos, para prefeito, Jarbas Vasconcelos. Agora, a falta de ‘*apoio crítico*’ às forças “*progressistas*” daquela época, encabeçado pelo Partido dos Trabalhadores e as forças progressistas atuais iniciavam a sua experiência com a administração da Capital do Estado (CHAVES, 2002).

A campanha para o Governo Municipal centrou-se no dever de resgatar a cidadania do recifense e consolidar a democratização defendida pela Prefeitura, pelo compromisso com as camadas populares apresentada e a retomada da reorientação democrática que, através da

⁴² A sociedade reivindica que sejam assegurados, mediante as reformas sociais, a inclusão da maioria da população na condição de cidadão, com a garantia dos seus direitos civis, políticos e sociais, isto é, o momento de efetiva vigência de um governo democrático (O'DONNELL, 1988, p.45).

⁴³ A *Frente Popular em Pernambuco* foi a aliança entre a força política majoritária - o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), com o Partido Comunista Brasileiro (PCB), o Partido Comunista do Brasil (PC do B), o Partido Municipalista Brasileiro (PMB) e com o *apoio crítico* do Partido dos Trabalhadores (PT) representante da frente de partidos que se firmou em função de objetivos comuns que apontavam para a Consolidação da Democracia Política e da solução dos problemas sociais da maioria da população (ARRAES, 1986).

eleição de Miguel Arraes de Alencar, em 1986, pelo Estado, havia sido iniciada (CORDEIRO, 1995).

Na gestão 2001-2004, o slogan era “*Ação por uma Vida Melhor*” e para tal a proposta “Cidade Saudável” foi resgatada/retomada no seu Plano Plurianual de Ação, no Plano Diretor da Cidade e no Plano Municipal de Saúde. Foi referendada pela população com a recondução do mesmo gestor, em 2004, para o próximo quadriênio (RECIFE, 2002; SANTOS, 2004).

Cumpramos mencionarmos que, para alguns, ratificou-se a adoção da política da promoção, exemplificada pelas ações do setor saúde, inclusive com avaliação positiva de diversas ações e reforço da necessária articulação das três instâncias, adotando o que, segundo Junqueira e Inojosa (1997), deve ser oferecido em projetos intersetoriais, como reflexão sobre o desafio da articulação intersetorial, que extrapola os limites de eventuais ações conjuntas, mediante determinadas estruturas organizacionais específicas para se apresentar como um problema mais amplo nos três níveis de governo. Abaixo relatado:

Não dá pra pensar política pública sem estar com as três instâncias [...] a nível federal, eu também acho que houve um implemento muito grande, quando eles passam a criar uma secretaria de Vigilância em Saúde que não faz só o papel de vigilância epidemiológica, faz um grande fomentador de promoção. O que se conseguiu, em termo de cidades saudáveis, em redução do uso do fumo, foi assustador, em pouco tempo se mudou comportamento, diz muito como hoje está estruturado; hoje tem dentro da secretaria, tem um controle de doenças, de agravos [...] tem uma política de promoção desenvolvida e que dá os elementos de fundamentação pra qualquer política: de atividades físicas, alimentação saudável, desenvolvimento sustentável, redução de uso do álcool (Ent. GG-04).

Sabemos que a esfera política representa a tentativa de mudança de paradigma para o trabalho interdisciplinar e reconhecendo-se a decisão política na da Prefeitura, pelo gestor municipal e o do setor saúde, para trabalhar com uma questão de resultado a médio e longo prazo para a população. Esta abordagem interdisciplinar, segundo Testa (1992), enquanto parte de uma proposta do conteúdo político de um plano, pode ser considerada como uma estratégia, cujo objetivo é o de apontar o direcionamento de deslocamento de poder e possibilitar às forças sociais envolvidas liberdade e oportunidade de ação para perseguir os objetivos pretendidos, constituindo-se de um elevado investimento inicial. Fizemos o registrado, também, do reconhecimento nacional e internacional para o trabalho desenvolvido, ainda no curso do mandato, assim relatado:

[...] na questão Micro, uma gestão, a partir de 2001, de fato preocupada com as questões populares, um governo de fato popular, que assumia a Prefeitura, naquele momento, existia ao nível de Secretaria, vamos mais micro ainda, ao nível de Secretaria de Saúde, alguém sensível a essas questões e com ousadia suficiente para encarar, entendeu um programa desses [...]. E, assim, a proposta do PSA era ousada, porque ia mexer com muita gente, nas vaidades de muita gente, é difícil. Essa coisa que eu digo, primeiro paradigma é a interdisciplinaridade, mas essa coisa estagnada de trabalhar em caixinhas, caixinhas significam poderes, conhecimentos separados, poderes separados, né? Você, mexer nisso, é mexer nas vaidades, nas formas de trabalhar, as pessoas se sentem incomodadas, é complicado, você tem que se desligar muito das suas vaidades e, de repente, abrir mão de um bocado de coisa e ao mesmo tempo se impor em outras, isso é complicado [...] É por isso que eu digo, não vamos dizer que a gente conseguiu fazer isso, mas a gente pelo menos tentou, ousou fazer e depois é trabalhar com uma coisa que não é visível, assim, como é que eu diria isso, a coisa da decisão política é isso. O Programa é caro, a proposta do Programa é cara, eu nem me lembro, parece que eram oito milhões na época, uma coisa meio cara e que não era uma coisa que você ia ter retorno de imediato, qualquer político tradicional teria medo disso, porque era uma coisa que você só iria colher frutos dali há alguns anos [...] E que, de repente, nos surpreendeu tamanha a proporção do Programa de Saúde Ambiental, por exemplo, tomou, a OPAS, chamou para a gente explicar o que era isso, para explicar o que estava acontecendo, a OPAS se interessou. A gente teve convite do Oiapoque ao Chuí, São Paulo, chamou Recife para mostrar como era que estava trabalhando, para, de certa forma, trocar experiência com a gente, sei lá, Vitória do Espírito Santo, Goiás, Fortaleza, a gente rodou essas cidades inteiras, mostrando isso [...] (Ent. GG-06).

Para outro, apresenta-se qual uma dificuldade política para enfrentar as resistências e preconceitos dos segmentos da sociedade para um governo proveniente das bases populares, registrando uma avaliação positiva para quebra de paradigmas, na inversão de prioridades e na democratização do processo, outro pilar estruturante da estratégia cidade saudáveis, como é colocado:

Tivemos de enfrentar resistências e preconceitos em segmentos da sociedade, com a presença do PT na Prefeitura da Capital e, ainda mais, com um Prefeito de origem operária, vindo das lutas sindicais e populares e assumidamente socialistas [...] Mas, conseguimos quebrar alguns paradigmas, introduzimos a inversão de prioridades e provamos que a vontade política de trabalhar com o povo e para o povo dá certo e nos anima a continuar nessa luta (Ent. GG-08).

Já para outro informante, mesmo como parte integrante da gestão, este afirma não ter participado de discussão teórica de apropriação desta proposta, inclusive afirmam não ter sido desenvolvido nenhum processo de planejamento participativo, envolvendo toda a comunidade e reforça que o direcionamento era para responder as questões de iniquidade e insuficiência do sistema de saúde para atenção à população e reconhecendo como lema a política adotada pela gestão do município, como é relatado:

É isso que eu digo, eu não me lembro de ter havido uma discussão mais teórica sobre isso, de apropriação na época, e o que a gente trabalhava era uma perspectiva meio que de ampliação da atenção a saúde a população que era muito pequena. Então, a perspectiva dessa discussão foi muito pessimista, tanto que a gente não desenvolveu nenhum processo de planejamento participativo, envolvendo toda a comunidade [...] tinha uma discussão, discutia a rede de serviço junto com a população, mas era uma coisa muito pontual [...] Não tinha nada do ponto de vista do planejamento [...]. A gente veio ter dentro da Secretaria de Saúde uma organização do planejamento na época, [...]..já mais do meio pro fim do primeiro mandato. Eu acho que isso era muito mais um lema, agora, lógico, nada é exatamente de um jeito ou do outro (Ent. GG-09).

Ainda, com embasamento na esfera política, destacamos a busca da mudança de concepção, objetivando a instituição de processos participativos e, informa que, para tal, foi realizado um grande investimento em capacitação, destinado aos trabalhadores e à sociedade, no resgate que, segundo Matus (1997), é necessário para entender e enfrentar o desafio de uma mudança na realidade social complexa, recomendando-se a análise tal como ela é, indivisível, porquanto que a realidade opera com problemas complexos e mal-estruturados, as instituições se organizam por setores e as universidades fragmentam o saber em departamentos, assim relatado:

Pra baixo, a gente tinha uma coisa forte com os trabalhadores, de mudança de concepção, em todos os processos de capacitação, de treinamento introdutório [...] com a sociedade se pode identificar elementos importantes. No primeiro OP, em 2001, alguns setores disseram claramente: a gente não precisa votar na saúde, porque a saúde é o resto, já tem dinheiro. Só precisa votar no OP, em drenagem, em morro, porque também vai ajudar na saúde. Tinha também o viés que era a questão do PSF. Se pegar os Os, são raros os que demandam serviço de saúde. Tinha o lado da importância pra outras coisas, mas também tinha um lado de discussão com a saúde sobre o que era na verdade saúde. (Ent. GG-10).

Em relação ao Governo de Pernambuco, ressaltamos a dificuldade, principalmente, do setor saúde, embora se firmaram parcerias entre o Estado e a Prefeitura como um todo, conforme o relato a seguir:

[...] a relação com o Estado, na área da saúde, sempre foi muito difícil, muito, muito, muito, difícil e da Prefeitura com o Governo, as dificuldades existiam também, não é? Embora, o Prefeito tenha conseguido desenvolver parcerias, especialmente, na área do saneamento, mas na área da saúde havia. [...] uma inexistência de canais para uma discussão. Nós queríamos acelerar o processo de municipalização, eles eram contra, nós queríamos nos integrar mais na relação da referência e da contra-referência para a rede estadual e isso também não avançou muito. Nunca, o Estado acenou com a possibilidade de apoiar com recursos a administração municipal (Ent. GG-05).

Destarte, o Macro-Contexto Político para a cidade do Recife, no período em estudo, desde o momento da eleição ganha por aquele partido que retoma ideais da esquerda na política local; que, mesmo sem ter o governo Federal como aliado, apresentou, num primeiro momento, vontade política para mudança de ordem governativa da cidade, através da tentativa de redemocratização, na gestão mais participativa, para uma Política de Promoção da Saúde e Estratégia de Cidade Saudável, otimizado por um Plano Plurianual entre 2002-2005: Recife Cidade Saudável que, apesar das dificuldades nas relações com o Gestor Estadual (partido oposto), obteve o grande apoio inicial dos movimentos sociais (2000 Voluntários em 2001) e dos trabalhadores, porém com resistências e desconhecimentos destas intenções mesmo no nível gerencial de algumas secretarias.

4.1.2.2 Esfera Econômica

É de nosso conhecimento que o desenvolvimento econômico do Recife se processou em função do setor terciário. Hoje, as atividades comerciais e de prestação de serviços são predominantes e já respondem por 95% de todo o valor da riqueza gerada. São atividades ligadas ao terciário moderno, de comércio e de serviços, em que se destacam shoppings e grandes supermercados, serviços médicos, de informática e de engenharia, consultoria empresarial, ensino e pesquisa, atividades relacionadas ao turismo, entre outras.

Os serviços relacionados ao turismo e àqueles, prestados às empresas, também, destacam-se, na vida da cidade. A construção civil igualmente ocupa lugar de destaque na economia recifense, ao lado dos serviços públicos, vez que o município sedia, também, importantes órgãos dos governos Estadual e Federal.

Os serviços médicos especializados, privados, no Recife, caracterizam-se, no todo, como um importante pólo econômico. O setor privado da saúde ocupa, hoje, o terceiro lugar (15,42%), em arrecadação de Imposto Sobre Serviço (ISS) (RECIFE, 1998).

O Nordeste é considerado o maior produtor de software do Brasil, distinguindo-se o Recife como pólo. A tecnologia de informação responde pela geração de um volume expressivo de impostos, além de criar mais empregos.

Apesar do desempenho da economia formal, sedimentada numa base econômica relativamente moderna, o Recife ainda se encontra fortemente ligado à chamada economia informal. Persiste uma enorme rede de atividades, vinculadas ao comércio e aos serviços informais que mantém ocupada uma significativa parcela da população, principalmente, devido ao crescimento do desemprego em nível nacional.

O enfoque, na esfera econômica, é informado pela ampliação do orçamento da PCR para o setor saúde⁴⁴, em 10% e o reconhecimento do trabalho de todos os sanitaristas, assim como o envolvimento deles na ampliação da escuta, nas diversas secretarias da Prefeitura, priorizando um trabalho conjunto, que o ator afirma ter tido conhecimento do setor da promoção do Ministério, mas informa que não existia nenhum contato direto naquele período, quando relata o insignificante apoio em nível nacional, como é assinalado abaixo:

Recife sobreviveu, porque passou de um orçamento interno de menos de 5% para 15% pra saúde [...]. O referencial era de uma equipe de sanitaristas, que ouviam os sanitaristas, tanto quem estava na Secretaria de Saúde com os que estavam fora da secretaria, o próprio Paulo Dantas, Luciano Siqueira. O pessoal de outras secretarias tinha referência com a Secretaria de Saúde. O saneamento tinha gente da saúde pública. A EMLURB tinha uma relação muito próxima... Outros setores conseguiram interagir. A CODECIR teve uma relação muito boa com a UFPE e outros setores. O OP, também, teve uma interação boa com outros setores. A saúde tinha os seus fóruns nacionais, mas considero que ficamos muito pro umbigo. Por exemplo: eu tinha mais contato com o MS, antes de estar na Prefeitura do Recife, porque depois perdeu-se completamente. Havia muita coisa pra fazer, não tinha muito tempo... Outros setores tiveram, no final da gestão, outras interações; a própria coisa do fundo, da violência, AIDS, nacional e internacional. O setor de promoção da saúde do Ministério, a gente sabia que existia, mas não tinha nenhum contato. A atenção básica, enquanto modelo, havia, mas, a partir de maio de 2001, isso se foi perdendo, num período pra frente [...] O recurso transferido do MS, por projeto para Recife, neste período, é insignificante. (Ent. GG-10).

Compreendemos que aquilo que é de reconhecimento para outro setor, conforme explicação sobre a ampliação dos recursos e dos apoios pelo Governo Federal para o desenvolvimento cultural para a PCR, conforme exposto a seguir:

[...] não tivemos dificuldades, os programas de transferência de renda, nós tivemos acesso, eu falei daquela bolsa-escola municipal, que atingia em torno de oito mil pessoas, quando nós unificamos os programas de transferência com o Governo Federal, nós terminamos dois mil e quatro com mais de setenta e uma mil crianças e

⁴⁴ Cumprindo o compromisso com a Emenda Constitucional da Saúde (PEC29/2000), que estabeleceu a participação da União, dos Estados, Municípios e Distrito Federal, no financiamento das ações de saúde, através de uma aplicação mínima de recursos, fixada por lei. A PEC 29 é o considerado o primeiro passo em direção ao sistema único de Saúde –SUS (BRASIL, 2000c).

jovens atendidos, para você ter idéia [...] houve um esforço da Prefeitura, João teve uma articulação uma articulação enorme com todas as universidades, eu mesmo participei de mais de uma reunião com os Reitores e com o Prefeito (Ent. GG-03).

De acordo com o período estudado, na esfera econômica, são apresentados fatos positivos para o enfrentamento dos desafios sociais de uma capital, situada no contexto brasileiro, do então período; apresentando, assim, um desenvolvimento do setor terciário moderno; serviços médicos como importante pólo econômico, no que tange a arrecadação de ISS; aumento do Orçamento para a saúde pelo cumprimento da EC 29, pelo município, garantindo, no orçamento, para ações intersetoriais, um Recife mais saudável no PPA Municipal.

4.1.2.3 Esfera Social

O panorama sanitário da cidade não divergia do perfil de outras metrópoles dos países emergentes, posto que convivam, num mesmo espaço urbano, agravos relacionados aos diversos determinantes do processo saúde-doença, tais como: filariose, leptospirose, dengue, agravos relacionados à modernidade, como as doenças crônico-degenerativas e as causas externas (RECIFE, 2002).

Com relação ao desenvolvimento urbano, considerando o período de 1995-1999, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁴⁵, comparado com outras capitais – Belém, Belo Horizonte, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Goiânia, Manaus, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo -, o Recife ocupa a décima-primeira posição, superando, apenas, Fortaleza (Secretaria de Planejamento da PCR).⁴⁶ Os índices parciais de educação revelaram o médio desenvolvimento. Na escala de crescimento do indicador, Recife ocupava a 189^a

⁴⁵ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma maneira padronizada de avaliação e uma medida avaliativa do bem-estar de uma população, especialmente, o bem-estar infantil, desenvolvido, em 1990, pelo paquistanês Mahbub ul Haq, composto pelos indicadores ligados aos determinantes: alfabetização/educação-acesso ao conhecimento; riqueza/renda- acesso aos recursos monetários; e longevidade – esperança de vida e taxa de mortalidade infantil/natalidade. A sua utilização, desde 1993, pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, no seu relatório anual (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2002).

⁴⁶ Com base no Relatório de Desenvolvimento Humano Sustentável do Rio de Janeiro (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 1999).

posição, ficando acima apenas da Ilha de Fernando de Noronha, em relação aos outros municípios do Estado. Com relação à renda, a cidade apresenta um crescimento, identificado entre 1970 e 1991, correspondentes a 52,6% e, em relação aos outros municípios do Estado, assume a primeira posição. No mesmo período, considerando a longevidade, a cidade apresenta um índice de crescimento de 60,1%, assim como, na avaliação da renda, em relação aos outros municípios do Estado, assume a primeira posição (RECIFE, 2002).

Dados da Secretaria de Habitação (1990) e dados apresentados por Souza (1990) registravam que um percentual de 56% dos domicílios do Recife se encontravam em assentamentos populares. Estes apresentam duas características diferentes: os assentamentos que tiveram origem histórica, com o surgimento dos mocambos, expandindo-se de forma desordenada, totalizando 179 favelas que têm sido alvo de ações do poder público, sobretudo, de natureza urbanística e fundiária; e os assentamentos que tiveram sua gênese no recrudescimento da crise de habitação, em tempos mais recentes, compostas de 215 favelas que ocupam áreas de risco e de proteção ambiental.

Neste contexto social, o Recife, no que concerne à violência, exhibe um quadro que o coloca em evidência em relação às outras grandes cidades do Brasil. Presente em todas as suas formas, a violência urbana é evidenciada da seguinte forma: os homicídios apresentam um crescente e significativo aumento, atingindo a casa dos 64.25 por 100.000 habitantes, em 1999, concentrando-se 35 e mais ocorrências, em apenas cinco bairros - Ibura, Santo Amaro, Afogados, Cohab e Torrões (RECIFE, 2000).

Outro indicador de violência são os crimes praticados contra crianças e adolescentes, em 2000, segundo a Diretoria Executiva de Polícia da Criança e Adolescente/ Polícia Civil de Pernambuco, foram praticados 2.938 crimes nos bairros de Ibura, Casa-Amarela, Boa Viagem, Santo Amaro, Nova descoberta, Água Fria e Boa Vista no Recife. E, para o primeiro trimestre de 2001, foram registrados 682 crimes que, projetados para o restante do ano, evidenciam uma pequena redução em relação ao ano anterior.

Neste Micro-Contexto da Gestão Municipal, para um ator, é perceptível e reconhecida a influência da Política da Promoção e a Estratégia Cidade Saudável, mas, sem *'rótulo'*, identificando ingredientes com ênfase na inclusão social e no envolvimento do planejamento da Prefeitura que promove o direcionamento da intervenção do urbanismo na saúde e o envolvimento do Governo Municipal, com a proposta que explicita a política para a cidade saudável assumida, segundo esta afirmação:

Do ponto de vista assim, de uma coisa global para toda a gestão, para o Prefeito ou, enfim, não era muito mais uma coisa, dentro da Secretaria de Saúde essa discussão sobre cidade saudável [...] Agora, como eu lhe disse, não, assim, na fórmula, do rótulo cidade saudável, mas, na forma de uma política, que caracteriza a proposta de uma cidade saudável [...] Veja, eu acho que já, de início, o próprio conteúdo do nosso programa, que era um conteúdo muito em cima da questão social, da inclusão social, ele já tinha todo um ingrediente que favoreceria uma política como essa, de ser incorporada como uma ação de governo, ainda que não tivesse o rótulo de proposta de cidade saudável, embora, mesmo dessa forma, fez parte do planejamento nosso, a Secretaria de Planejamento, que era questão da visão sobre urbanização e sobre intervenção da saúde, caracterizava a nossa política de construção de uma cidade saudável [...] Essa possibilidade da gente ter com todas as dificuldades, de fazer política integrada, ou seja, uma abertura da equipe de Governo, como um todo, para discutir questões como essa também (Ent. GG-05).

Apropriando-nos das questões referentes ao Micro-Contexto, todavia mostrando a influência dele para o nível nacional, ao contrário do que, normalmente, ocorre, são citadas as questões referentes ao saneamento básico, como uma questão positiva e nacionalmente reconhecida, explicitando que isto não ocorreu em relação à cultura, pois, para este ator, a política local é criativa, mas não é sustentável, é depredadora inclusive e de continuidade com Governo anterior, como a seguir relata-se:

A gestão do Prefeito João Paulo, ela começou fazendo uma discussão, que fazia décadas que não se fazia, de, por exemplo, sanear um bairro, como foi o caso da Mangueira. Agora, eu sempre vi isso não como uma coisa isolada, na verdade, era o início de um grande processo, porque teria que dar continuidade a esse processo. E, aí, hoje a gente tem uma discussão que está colocada no nível nacional, de uma quantidade razoável de recursos para serem aplicados em saneamento [...] Depois, tivemos o caso de Brasília Teimosa que, também, houve um saneamento. Então, na área de saúde, na área de saneamento básico. Já na área cultural é que eu acho que a gente está com mais problema, por conta dessa visão, que, na certa, foram, ela hegemonizou a Prefeitura, que é a visão dos eventos, eu acho que aqui a gente tinha que fazer alguma coisa inovadora, não só inovadora, mas duradoura [...]. Minha preocupação não é só que tem que ser inovadora, mas tem que ser sustentável, eu não posso jogar milhões e milhões de reais em um carnaval e, depois, não fica nada na cidade, não sustenta a cidade. Então, mas, há uma, eu acho que a cidade vai despertar para esse debate, porque foi a gestão de Jarbas, depois veio a de Roberto Magalhães e a gestão de João Paulo, na verdade, ela deu uma certa, deu continuidade e até aprofundou o modelo, o modelo dos eventos, eu acho que ele está chegando ao seu limite, no seu apogeu, agora, a tendência vai ser cair (Ent. GG-01).

Assim, apontamos que o Micro-Contexto Social para a Cidade do Recife apresentava, como principais problemas sociais: grandes bolsões de pobreza; densidade demográfica de

196,3 hab./hectare nas áreas pobres; violência, como primeira causa de óbito, na faixa etária de 5 a 49 anos; alto índice de desemprego; e muitas áreas de risco ambientais. E como principais problemas de saúde do município: elevada morbi-mortalidade infantil; persistência da morbi-mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (dengue e filariose); mas também elevada prevalência de transtornos mentais, q acompanhando as transformações, no perfil epidemiológico e demográfico, ao longo do Último Século. Como síntese do Micro-Contexto, para a Cidade do Recife, no período estudado, apresentaremos o quadro síntese (Figura 13) a seguir:

POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA RECIFE CIDADE SAUDÁVEL (2001-2004)		
Micro-Contexto		
O Âmbito da Política Municipal	O Financiamento Local	O Panorama das Desigualdades Sócio- Sanitária e os Programas Priorizados
<ul style="list-style-type: none"> • Política de Promoção da Saúde e Estratégia de Cidade Saudável (PPA 2002-2005: Recife Cidade Saudável); • Mudança de Secretariado no Curso do Segundo Ano da Gestão (Saúde, Planejamento, Saneamento) • Dificuldades nas Relações com o Gestor Estadual (Partido Oposto). • Grande Apoio Inicial dos Movimentos Sociais (2000 Voluntários em 2001) • Esvaziamento do Movimento Social depois da Segunda Metade do Governo (1000 Voluntários em 2003) • Eleição ganha por partido que retoma Ideais da Esquerda Política em nível local; • Falta de Apoio do Nível do Governo Federal num Primeiro Momento; • Vontade Política de mudança na ordem Governativa da Cidade através da busca pela Redemocratização na Gestão mais Participativa; • Enfoque Ambientalista e de Cidade Saudável. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento do Setor Terciário Moderno; • Serviços Médicos como Importante Pólo Econômico em Arrecadação de ISS; • Aumento do Orçamento para a Saúde (Cumprimento da EC 29 pelo Município); • Garantia do Orçamento para Ações Intersetoriais por um Recife mais Saudável no TFG, na LOA e no PPA Municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Principais Problemas Sociais: • Grandes Bolsões de Pobreza; • Densidade Demográfica de 196,3 hab./hectare nas Áreas Pobres; • Violência, como 1ª causa de Óbito na Faixa Etária de 5 a 49 anos; • Elevado Índice de Desemprego. • Muitas Áreas de Risco Ambientais; • Principais Problemas de Saúde do Município: • Elevada Taxa de Morbi-Mortalidade Infantil; • Persistência da Morbi-Mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias; • Elevada Prevalência de Transtornos Mentais.

Figura 13: Matriz de Análise da Categoria Micro-Contexto da Política e suas Subcategorias Operacionais.
Fonte: a autora, adaptado de Araújo Jr. e Maciel Filho (2001).

4.2 O CONTEÚDO DAS ESTRATÉGIAS PARA UMA CIDADE SAUDÁVEL

Consonante à contextualização explicitada no capítulo anterior, ou seja, o contexto ou cenário político geral, agora apresentaremos as análises dos conteúdos dos diversos planos, programas das políticas desenvolvidas pela Prefeitura do Recife no período estudado (2001-2004).

Assim, constituímos como objeto de análise, a seguir, dentre os quinze documentos destacados anteriormente os três programas mais abrangentes e politicamente mais importantes para a construção e implementação do projeto da política e estratégia estudada: O Programa de Governo, O Plano Plurianual (2002-2005) e o Plano Diretor.

4.2.1 O Programa de Governo

Este programa concebe-se como um projeto construído com ampla participação da sociedade organizada, refletindo uma proposta coletiva e com sustentação política para a futura gestão, cujos problemas diagnosticados foram: gestão autoritária; desemprego; altos índices de violência e criminalidade; analfabetismo e ensino deficiente; baixo orçamento para a saúde; trânsito caótico; precariedade e déficit habitacional e de saneamento; inexistência de uma ação de proteção às áreas com risco de vida para a população - os morros; desordenação urbana e descuido com o meio ambiente; inexistência de uma política de segurança alimentar; política cultural alienígena e não-sustentável e a inexistência de uma política destinada aos funcionários, que os beneficie e engaje em um processo político de mudança. Neste momento, a idéia força de se construir uma cidade saudável ainda não estava claramente explícita, mas a proposta já continha todas as preocupações para a concepção da dela.

Assim, no dia 13 de julho de 2000, foi elaborada e lançada, a “Agenda 13” que, resumidamente, apresenta os 13 pontos do programa de governo da Frente de esquerda para a Prefeitura do Recife, a serem enfrentados:

1. Gestão Democrática - adotar o verdadeiro orçamento participativo, com transparência administrativa e democratização da informação. O povo vai opinar onde e como gastar os recursos de município.
2. Geração de Emprego e Renda - dinamizar o Banco do Povo, implantar centros de qualificação profissional do trabalhador e criar política de crédito, desenvolvimento tecnológico e gestão de negócios para os pequenos empresários.
3. Segurança Pública e Combate à Violência - criar o Conselho Municipal de Segurança e Cidadania e Conselhos Comunitários, além de formular um plano para a cidade e redefinir o papel da Guarda Municipal.
4. Educação, Criança e Juventude – incentivar o Programa de Combate ao Analfabetismo, ampliar a Bolsa-Escola, valorizar os profissionais da educação e assegurar o financiamento à educação com qualidade.
5. Saúde - ampliar o orçamento da saúde, passando do atual índice de 3,8% para 15%; priorizar ações de medicina preventiva e de vigilância sanitária; qualificar os agentes comunitários de saúde e garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais.
6. Transporte e Trânsito - municipalizar o trânsito da cidade, fortalecer o transporte coletivo, rever concessões de linhas e desenvolver políticas de educação no trânsito.
7. Saneamento Ambiental - formação de um Conselho Municipal para o setor; elaboração de um Plano Geral de Drenagem para a cidade, com ampliação da rede de coleta de esgotos e programar políticas de abastecimento d'água.
8. Habitação - priorizar a produção e o financiamento de casas, incentivando o cooperativismo e associativismo; urbanizar favelas; regularizar terrenos ocupados pela população de baixa renda e desenvolver programas de moradia para idosos e deficientes físicos.
9. Defesa civil dos morros e encostas - articular ações técnicas, em conjunto com a comunidade, substituindo medidas emergenciais e localizadas por um programa permanente de defesa civil.
10. Desenvolvimento urbano e meio ambiente - planejamento urbano, com ordenação e controle do uso do solo; regularização dos assentamentos; constituir o Banco de Terras e adotar política de incentivos fiscais para a preservação de imóveis históricos.
11. Segurança Alimentar - criar Conselho Municipal de Abastecimento Popular, incentivando a produção de alimentos básicos, regulando preços e tornando-os acessíveis à população de baixa renda.
12. Cultura, Turismo e Lazer - criar espaços multiculturais e apoiar as ações culturais nos bairros; elevar o percentual do ISS, utilizado pela Lei Municipal de Cultura; desenvolver política de integração entre turismo, cultura e meio-ambiente.
13. Funcionalismo - reduzir os cargos comissionados, investir na profissionalização dos servidores e na melhoria das condições de trabalho e instituir negociações permanentes com o funcionalismo (CHAVES, 2002, p.82).

Amparado na teoria de Chaves (2002), o programa de governo da *Frente de esquerda*⁴⁷ apresentou um perfil social muito claro, ou seja, numa perspectiva mais

⁴⁷ No dia 11 de abril de 2000, um documento intitulado “Comunicado ao povo do Recife”, assinado pelo PT, PCdoB e PCB, consolidou a formação da *Frente de Esquerda do Recife*, afirmando que a unidade dos partidos “assentava-se na convergência de opiniões e propósitos quanto ao sentido político das eleições municipais e ao combate à coligação direitista encabeçada pelo atual prefeito do Recife” (RECIFE, 2000).

socialista⁴⁸, com provisão dos serviços sociais, visto como uma responsabilidade do Estado e tendo objetivo principal a eliminação das desigualdades sociais, composto dos seguintes pontos-chave: a saúde, a educação e o saneamento. Outro grande compromisso centrava-se na aplicação dos recursos da Prefeitura pela via do Orçamento Participativo, o carro chefe das administrações petistas, porém, apresentava rupturas e interfaces com o projeto da *União por Pernambuco*⁴⁹, fruto da vigência das características do Governo Estadual já anteriormente mencionado na análise do Macro-Contexto.

O compromisso era, mesmo considerando o caráter municipal da eleição, no qual o debate tende a acentuar os problemas locais, esclarecer a população sobre o impacto das políticas neoliberais⁵⁰ oriundas do Governo FHC sobre os municípios, cujo processo eleitoral, para a Frente, apresentaria uma conotação plebiscitária a respeito do modelo econômico-político vigente, no âmbito federal, cabendo à esquerda fazer esta denúncia.

Então, não restava dúvida para o PT, o PCdoB e o PCB, segundo Chaves (2000), de que o Brasil precisava de um novo modelo econômico, estruturado em uma idéia de construção de um amplo mercado de bens de consumo de massa, privilegiando a alimentação, vestimenta, moradia, saúde, educação, transporte e lazer, aos milhões de brasileiros marginalizados ou empobrecidos e, por conseguinte, a denúncia e o combate frontal à orientação do governo FHC deveriam ser detentores de um espaço privilegiado na campanha eleitoral.

Todo este processo que referenda a construção do plano de campanha, com o envolvimento da sociedade organizada, é colocado por este ator informante-chave:

⁴⁸ Para Araújo Jr.; Maciel Filho (2001), a perspectiva socialista, uma das formas de apresentação de um conteúdo político, teria uma provisão dos serviços sociais, entendido permanentemente como uma responsabilidade do Estado, cujo objetivo principal seria eliminação das desigualdades sociais.

⁴⁹ Para este autor, a literatura revela “o processo bipolar da política pernambucana desde 1955 até 1998, quando se levantou a tese de que a política em Pernambuco deixaria de apresentar-se de forma bipolar. O conjunto dos autores que tratam da bipolaridade se detém no período de predomínio político da Frente do Recife. Muitas vezes, depreende-se que a política pernambucana é bipolar devido à ocorrência da experiência da Frente. Dessa forma, a característica primordial do fazer política, em Pernambuco, seria o componente ideológico muito nítido das forças políticas em disputa pela hegemonia estadual. Não temos dúvida de que a vigência da *Frente do Recife* foi de fundamental importância para os desdobramentos políticos ocorridos no Estado posteriormente (Chaves, 2002, p. 57).

⁵⁰ Segundo Araújo Jr. e Maciel Filho (2001), um conteúdo de política, na perspectiva neoliberal, apresenta-se a favor de uma política de mercado competitiva e se opõe a um sistema econômico planejado e dirigido pelo Estado, em que a economia de mercado é um reduto essencial da democracia que, pela dispersão da propriedade, é prevenido a concentração de poder nas mãos de poucos, não fazendo distinção precisa entre questões econômicas e as outras questões, também defendem, que o governo tem uma importante, mas limitada, responsabilidade e que o Estado deve reduzir de modo crescente o seu papel na sociedade.

Então, eu tenho esses dois marcos: “os voluntários” e o “slogan perdido – Ação por uma vida melhor” e “os voluntários” que nunca foram implantados, porém os dois não foram implementados e ainda reconhece que o Plano Diretor [...] tinha o fórum da reforma urbana, [...] acho que a FASE tem as fontes que tem as propostas do movimento de reforma urbana para o Plano Diretor, naquela época [...] Então, se você pega os documentos da primeira campanha, no próprio PT, e compara com as propostas do Fórum de Mulheres da época, que tem as propostas especialmente do pessoal do Movimento de Reforma Urbana, FASE, ETAPAS, que coordenavam você vai ver como tinha muita sintonia entre o que os Movimentos estavam propondo e o que João Paulo estava levando como Programa. [...] e o Programa com o qual ele se elegeu, continha as propostas do Movimento de Mulher, de todos os movimentos, sentavam os representantes dos movimentos, o povo da FASE vinha e a gente vinha com as propostas. Então, o primeiro plano, como documento da campanha, traz muito do que foi a contribuição do Movimento e se você compara com os documentos da segunda campanha, você vai ver a diferença, porque os Movimentos sequer se engajaram [...] E, dentro do que existe, reconhece os programas Academia da Cidade, o PSF e o Alunos nos Trinques, são reconhecidos como contribuindo para uma cidade saudáveis (Ent. GNG-06).

A opção pela análise do Programa de Governo, como primeiro registro da intenção coletivamente formulada, serviu de base para a compreensão da concepção e compromisso para a consecução da política pretendida, que foi explicitada nos demais documentos analisados. Este programa tentou responder aos problemas cruciais de uma cidade, inserida no contexto nordestino de um Brasil, que só iniciara um redirecionamento para o enfrentamento de uma falta de igualdade social histórica e se comprometia com uma visão preventiva, assistencial e setorizada da saúde, que não sugeria uma ação integrada para uma política de promoção e uma estratégia para uma cidade saudável.

4.2.2 O Plano Plurianual (PPA) 2002-2005

Chamado "Recife Cidade Saudável", foi apresentado, em agosto de 2001, como instrumento legal que expressa os compromissos assumidos pelo governo municipal, apoiado na sociedade civil, com a cidade do Recife. Resultado de um processo interno de discussões, nas diversas Secretarias de Governo, fórum intersetorial e de consulta à sociedade, através de instâncias do Orçamento Participativo, Conselhos Temáticos e Setoriais, bem como outros fóruns de participação e representação da sociedade recifense.

O PPA Recife Cidade Saudável englobava dois grandes objetivos: o primeiro, a implementação de uma nova forma de trabalhar a definição de prioridades que eram objeto da ação municipal; e o segundo, o de implementar uma nova filosofia de governo em que a busca da inclusão social fosse o norte principal. Sendo assim entendida esta filosofia:

Essa filosofia se concretizará através das ações que apontem na direção da construção de uma cidade socialmente mais justa e de convivência mais fraterna, onde possa se impor o respeito à natureza, à vida e aos direitos essenciais de todos os cidadãos – uma cidade saudável para todos (RECIFE, 2001, p.01).

E, como justificativa ou finalização da introdução deste PPA, reforçamos que, diante daquele momento histórico, baseado na hegemonia neoliberal, que aprofundou o caráter excludente do modelo de urbanização no Brasil, no Nordeste e no Recife, a concepção, adotada pelo Governo Municipal, tomou por base outro modelo que afirma que para se concretizar na cidade que se quer construir - integrada, democrática, com espaços comuns de inclusão social, solidária e dotada de uma base econômica competitiva, que valorize, antes de tudo, a vida de seus habitantes, onde todos possam ter acesso aos serviços básicos (moradia decente, à educação, ao trabalho digno, à cultura, ao lazer saudável, à oportunidade de desenvolver as suas habilidades, à liberdade de expressão e de criação e de convivência fraterna e solidária), enfim, uma cidade construída com base na cidadania - não pode ser um sonho, mas uma possibilidade e um marco orientador do PPA apresentado.

Para tanto e como ação de governo que vinha, desde primeiro de janeiro de 2001, orientando-se pelos 13 pontos do programa apresentado à população por ocasião da campanha eleitoral e legitimado pelas urnas, este governo assume três compromissos basilares, marcos definidores daquela administração, quais sejam: manter a resistência às políticas neoliberais implementadas no país; ser radicalmente democrático e colocar todas as energias e esforços no projeto que visa à construção de uma cidade fisicamente organizada, economicamente sustentável e socialmente justa. Todo este posicionamento é citado e corroborado pelos depoimentos dos seguintes atores, informantes-chave:

Eu não consigo avaliar, hoje, se isso se consolidou [...], mas eu me lembro de que esse debate passou no começo da administração, se eu não me engano, o nome do PPA era Recife Cidade Saudável [...] Então foi uma mudança de prioridade; então, esse foi o compromisso que ele bancou, ele teve compromisso com saúde preventiva, que eu acho que é uma coisa importante para a cidade da gente, aí eu destaco o PSF, a expansão do PSF foi muito importante e o grau de cobertura que a cidade

tem hoje com o PSF nem se compara com o que se existia antes e acho também que a criação dos agentes ambientais que, na minha visão, é uma coisa inovadora também e junta o povo do meio ambiente com o povo da saúde (Ent. GG 11).

Uma, a idéia de ter os voluntários, entretanto, eu acho que não sobrou nada [...] Eu acho que não sobrou nada [...] fez reuniões, inclusive, para construir a concepção de como funcionaria o serviço de voluntariado; veja, era tão revolucionário isso, a gente imaginando que um monte de cidadão podia fazer trabalho voluntário pra prefeitura, isso era uma maravilha, entendeu? É trabalho político, de discutir a proposta dessa nova administração. O que é uma ação para uma vida melhor? O que é a vida melhor do seu bairro? O que é que a gente quer dessa cidade? Eu, pelo menos, no movimento de mulher, queria fazer mil caravanas, para saber o que é que as mulheres querem da cidade do Recife? Fazer uma grande conferência da cidade. Você discutir a vida, o destino pra onde ir, você ter um marco. Eu participei de duas reuniões, contribuindo, muita gente (Ent. GNG-06).

Norteados por uma visão transformadora, real e complexa, o PPA construído coerentemente com a justificativa e os compromissos assumidos, concebendo a realidade recifense à luz dos seus problemas existentes e as potencialidades assim apresentadas:

- Insustentabilidade ambiental x ambiente natural e construído aprazível;
- Habitabilidade problemática x assentamentos sustentáveis;
- Desemprego e baixo nível de renda x inclusão social;
- Força da cultura e da base produtora de conhecimento;
- A violência e a insegurança x potencial para valorização da convivência fraterna e solidária;
- Fragilidade do controle urbano x impactos positivos esperados;
- Herança do padrão de gestão das elites x oportunidades para uma gestão radicalmente democrática e solidária (RECIFE, 2001, p.10-18).

Corroborando com a visão que subsidiou Villasante (2006) para a construção de uma práxis para enfrentar as pragas e os respectivos sintomas de um mundo globalizado, o PPA, para a gestão do Recife, no período 2001-2004, apresenta os mesmos desafios para serem enfrentados:

[...] as pragas, relacionadas ao habitat e suas histórias, mostram a nossa relação com a natureza a nossa forma de habitar os espaços onde vivemos, bem como os hábitos em função dos riscos organizados, do petróleo, da alimentação e da saúde [...] as pragas relacionadas ao trabalho, enquanto expressão da vinculação da economia com o trabalho e suas possíveis conseqüências, o aumento da pobreza e as superpopulações e a economia financeira que se contrapõe à produtiva etc. [...]. As pragas que estão ligadas ao poder, a forma como nos organizamos e nos relacionamos entre os humanos, a vivência da violência social cotidiana, as guerras não declaradas e os estilos que carecem de democracia na condução das políticas, ou os poderes da democracia das minorias. E, por fim, as pragas ligadas ao ato de fomentar cultura, ou seja, as patentes das culturas, a cultura da informação, como também as culturas e os valores perdidos (VILLASANTE, 2006, p.49).

Assim, considerando todas as diferenças sócio-territoriais, orientados nos valores da ética e da busca da transparência; da construção do sentido de equipe – solidariedade e de orientação pelo senso de urgência da população. Considerando, também, como espaços privilegiados para o diálogo e para a definição das prioridades da cidade e de seus cidadãos, as dezoito (18) microrregiões (MR) que integram as seis (6) Regiões Político- Administrativas (RPAs) recifenses e, priorizando as áreas mais pobres, a população mais necessitada, invertendo as prioridades para contemplar a cidade inteira, tornando-a viável para todos os seus habitantes, foram definidas as seguintes cinco (5) diretrizes estratégicas que nortearam esse PPA:

- Construir um novo padrão de convivência social, solidário e fraterno que marque o Recife do século XXI;
- Priorizar a inclusão dos que tiveram, até aqui, menos oportunidades, mobilizando suas potencialidades;
- Gerar oportunidades de ocupação produtiva, em especial para jovens e mulheres, hoje mais fortemente atingidos pelo desemprego e por um mais baixo nível de renda;
- Respeitar o meio ambiente, a memória e a identidade cultural do Recife;
- Tornar a cidade atrativa para novos investimentos de atuais e novos empreendedores e para receber visitantes dos mais diversos lugares (RECIFE, 2001, p.19-32).

Para tanto, foram priorizadas seis estratégias para o Recife que nortearam todas as iniciativas e investimentos considerados fundamentais de uma ação transformadora, refletindo a postura do novo governo, buscando a efetividade no deslocamento de poder, que, segundo o postulado de coerência proposto por Testa (1995), só será conseguido quando os propósitos, a teoria que os embasa e a organização forem coerentes entre si. Assim, as opções estratégicas do PPA – Recife Cidade Saudável foram as seguintes:

- Gestão pública radicalmente democrática, apoiada na mobilização popular;
- Valorização do meio ambiente, dos espaços públicos, da habitabilidade e da acessibilidade para todos;
- Promoção da cidadania e luta contra a exclusão e desigualdades;
- Ampliação das oportunidades através da educação;
- Defesa da vida na promoção da saúde pública e do saneamento básico;
- Apoio à criatividade e às iniciativas da sociedade para o desenvolvimento da economia, da cultura, do lazer e dos esportes (RECIFE, 2001, p.33-36).

Adotados todos esses pré-requisitos, o PPA – Recife Cidade Saudável integrou todos os programas, projetos e atividades a serem implementados, nos anos 2002-2005, no Recife,

que se constituíram em oito (8) Programas integrados (Figura 14) e nos noventa e um (91) Programas específicos, sendo dezoito (18) voltados para a melhoria da vida das pessoas, quinze (15) voltados para a melhoria da cidade e cinquenta e oito (58) voltados para a melhoria da gestão municipal (RECIFE, 2001a).

Os programas integrados revelavam uma escolha estratégica, do ponto de vista da administração, no sentido de planejar e implementar as ações que se complementavam e, de forma articulada, eram destacados, no acompanhamento, por envolverem mais de uma secretaria e neles inserirem-se diversas ações/atividades voltadas para o atendimento ao objetivo Macro – as seis estratégias. E, para tanto, o modelo de gestão dos programas integrados deveriam contar com três componentes fundamentais:

1. Serem projetos estratégicos de alta prioridade, definidos pelo comando político e estratégico da Prefeitura – Prefeito, Comissão de coordenação geral de governo e fórum de Secretários;
2. Terem um gerente de Programa com a responsabilidade da condução e articulação das diversas partes constituintes dos projetos na execução, mobilizando os recursos humanos e financeiros das diversas secretarias com interface com as suas linhas de ação; e
3. Contar com um grupo executivo do programa composto de membros executivos destacados das secretarias com interface e responsabilidade por componentes dos projetos, permitindo a sinergia na execução articulada, sob a coordenação e liderança do gerente do projeto (RECIFE, 2001, p.40).

A seguir, são apresentados Programas Integrados, Macro-Objetivos e Órgãos Envolvidos num quadro (Figura 14).

PROGRAMAS	MACRO-OBJTIVO	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
1. Gestão democrática e solidária- orçamento participativo e gestão cidadã (OP)	Assegurar um modelo de gestão que amplie o poder dos cidadãos e valorize a influência da sociedade civil nas decisões do poder municipal	Orçamento Participativo e Gestão Cidadã; Planejamento Urbano e Ambiental; Comunicação Social
2. Guarda-Chuva – gestão de risco de morros e alagados	Estruturar ciclos de intervenções, nos morros e alagados, de modo a construir uma cidade física, social e ambientalmente saudável.	Planejamento Urbano e Ambiental; Serviços Públicos; OP; Cultura; Política e Assistência Social; Comunicação Social; URB; EMLURB; Coordenadoria do Voluntariado.
3. Recife – nossa casa – melhoria das condições de habitabilidade;	Valorizar elementos que melhorem a habitabilidade e tornem o Recife atrativo a novos investimentos.	SEPLAN; URB; Políticas e Assistência Social
4. Comunidade saudável – saneamento integrado, saúde ambiental, educação ambiental e meio ambiente;	Ampliar a rede de saneamento básico do município do Recife e assegurar o controle social no desenvolvimento da saúde pública e do saneamento.	Secretaria de Saneamento - SANEAR, Secretaria de Planejamento Urbano e ambiental – SEPLAM; Saúde; EMLURB; URB.
5. Dinamização da economia e do acesso ao mercado de trabalho – geração de oportunidades para emprego e renda;	Ampliar as oportunidades de trabalho digno para a população recifense.	Desenvolvimento Econômico; Cultura; Turismo e Esporte; SEPLAM; URB; EMLURB; Política de Assistência Social.
6. Espaços públicos para todos – requalificação e reapropriação dos espaços públicos.	Valorizar o controle e a manutenção urbana como instrumento de construção de novo padrão de convivência social e intervenções de requalificação dos espaços públicos, com respeito à memória e a identidade recifense.	SEPLAM; Serviços Públicos; OP; Cultura; Política de Assistência Social; Comunicação Social; URB; EMLURB; Coordenadoria do Voluntariado.
7. Acessibilidade para todos - universalização e adequação da mobilidade urbana;	Promover intervenções que ampliem a acessibilidade da maioria da população.	URB; EMLURB; CTTU; SEPLAM.
8. Combate a violência e defesa da cidadania – redução dos riscos e acesso aos direitos.	Garantir o acesso amplo aos instrumentos de defesa da cidadania.	Vice-Governadoria; Secretaria de Assuntos Jurídicos; Coordenadoria da Mulher; Secretaria das Políticas de Assistência Social

Figura 14: Programas Integrados, Macro-Objetivos e Órgãos Envolvidos

Fonte: RECIFE (2001a)

Os programas específicos eram aqueles direcionados ao atendimento das necessidades de desenvolvimento dos cidadãos⁵¹ e da cidade⁵², mas que “não exigiam ações integradas,

⁵¹ *Programas específicos, direcionados à melhoria da vida das pessoas:* Proteção e Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente; Fortalecimento das ações do Voluntariado no município; Apoio à Implantação da Política de Gênero; Apoio às Ações de Assistência Social; Prefeitura Digital; Educação de Qualidade Social; Morador de Rua; Um Cidadão; Criança; Direito de ser; Integração Social da Pessoa com Deficiência; Idoso; Cidadão de Direitos; Valorização da Cultura (Secretaria da Cultura); Fortalecimento das Atividades de Esporte e Lazer; Fortalecimento do Turismo; Suplementação Alimentar; Valorização Cultural (FCCR); Promoção e Apoio ao Desporto Amador; Consolidação e Aperfeiçoamento do Modelo de Assistência à Saúde; Consolidação e Aperfeiçoamento do Modelo de Vigilância à Saúde (RECIFE, 2001a, p.9-10).

⁵² *Programas específicos direcionados à melhoria da cidade:* Valorização do Centro Metropolitano (SEPLAM); Valorização do Centro Metropolitano (URB); Gestão Ambiental; Melhoria da Rede Hidrográfica; Manutenção e Conservação das Instalações e Equipamentos Públicos; Apoio ao Desenvolvimento Econômico; Valorização das Identidades Locais; Requalificação de Áreas de Baixa Renda; Iluminação Pública; Limpeza Pública;

sendo implementados essencialmente por uma secretaria, todavia com instrumentos que orientavam os investimentos e muitos com mecanismos de controle social para sua execução, acompanhamento e avaliação de suas ações, desdobrando-se em vários projetos e ações/atividades integrantes deste PPA (RECIFE, 2001a).

Portanto, foram construídos os oito (8) programas a serem desenvolvidos integradamente, e noventa e um (91) de forma específica e setorializados, talvez seja este o grande entrave do ponto de vista da construção da intersetorialidade. Paradoxalmente, os mesmos foram definidos pelo comando político e estratégico da Prefeitura – Prefeito, Comissão de Coordenação Geral de Governo e fórum de Secretários, ou seja, construídos centralizadamente, o que deve ter dificultado a sustentabilidade interna, a democracia e a participação interna dos próprios trabalhadores e a participação social e comunitária tão pretendida. Ou seja, foi pensada epistemológica e conceitualmente, mas não ocorre assim na prática, como recomenda Mendes (1996) e Fernandez (2007), mais que como um princípio, a intersetorialidade deve ser vivenciada como prática concreta a ser estabelecida; problema a ser enfrentado e um desafio a ser conquistado, o qual se diferencia, destacando-se como “o processo no qual os objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores” (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1992).

Assim, a ação intersetorial procurará superar a visão isolada e fragmentada, na formulação e implementação de políticas públicas, quando as mesmas possam constituir-se fator de integração das instâncias sociais, no propósito de encontrar alternativas que ajudem nesta necessária tarefa de vincular, de maneira integral, o espaço das políticas locais e o espaço da realidade social. E, segundo Ibáñez (1998), a proposta é a realização de uma reconstrução da noção de integralidade, no marco das metodologias implicativas, em sua dimensão epistemológica, direcionando-se para outra epistemologia, como ponto inicial, para ajudar na *necessária e impossível* tarefa de vincular integralmente o espaço das políticas locais e o espaço da realidade social, em toda a sua complexidade.

Para tanto, Fernandez (2006) e Villasante (2006) propõem a construção de uma integralidade necessária à sustentabilidade de uma política, em comunhão com a sociopraxis,

quando se opera com a idéia de integralidade em seus fundamentos epistemológicos, em seu arsenal conceitual, em nível de métodos e técnicas.

Ainda, sobre o PPA enquanto conteúdo, Santos (2004) observa que, na revisão dele, em 2003, a proposta de Cidade Saudável ainda aparece como norteadora das Secretarias para iniciar a discussão, relatando-se que se instituiu um fórum com adesão das Secretarias de Educação, Saneamento, Planejamento, Meio Ambiente, a Empresa de Manutenção e Limpeza Urbana (EMLURB) e Saúde. Como produto do Fórum supracitado, foi sistematizada uma série de ações que se comprometeram com a discussão da educação ambiental. Consoante com o entendimento dos gestores, o PPA não seria uma descrição metodológica do como implantar uma cidade saudável, mas um elenco de proposições que norteariam a gestão, adotado como eixo transversal, com o propósito de melhorar a qualidade de vida dos recifenses, idealizado, a partir desse Fórum, Núcleos Intersetoriais de Educação Ambiental, descentralizados por RPAS, com o objetivo de realizar análise diagnóstica e propor ações de planejamento integrando para o ambiente com o todo que envolve a cidade.

4.2.3 O Plano Diretor da Cidade do Recife

O Plano Diretor, o terceiro documento, como instrumento básico da política de desenvolvimento urbano e do processo de planejamento urbano, de acordo com o aparato legal da Constituição Federal – artigos 182 e 183; da Lei Federal 10.257/2001, do Estatuto da Cidade e a Lei Orgânica do Município, complementada por planos setoriais e leis específicas, dispõe e define as diretrizes para a elaboração dos planos setoriais, que devem incorporar os objetivos, os princípios, as diretrizes e as prioridades nele contidas, assim como das políticas sociais (RECIFE, 2004, p.26).

Coordenado pela SEPLAM, através da Diretoria Geral de Urbanismo (DIRBAN), como documento técnico e político, em que se encontram dispostas as políticas, os princípios e as diretrizes para o reordenamento da ocupação físico-territorial do município, iniciou sua construção desde 04/2003 e foi apresentado, em maio de 2004, pelo Prefeito para discussões sistematizadas e encaminhadas para a Conferência do Plano Diretor, que se realizou em

07/2005, nas quais as propostas serão deliberadas para posterior apreciação pela Câmara Municipal, apresentando os seguintes problemas a serem enfrentados.

Na apresentação do Plano Diretor, o Prefeito justifica que mediante as características peculiares do Recife no que concerne ao processo informal de seu desenvolvimento urbano, que atinge mais de 50% do seu território, elevando a responsabilidade do poder público de pensar e implementar ações estratégicas para a garantia de uma cidade saudável, pautada na sua sustentabilidade.

No processo de revisão do plano, observando-se a etapa de diagnóstico e construção do texto base, realizado por quatro (4) grupos de trabalho, a saber: um para os aspectos do Território; outro para cidade saudável, abarcando as questões de saneamento, política de saúde, meio-ambiente, drenagem e resíduos sólidos; outro de desenvolvimento econômico, e o quarto para as questões referente à cidadania. (RECIFE, 2004, p.22)

Este plano apresenta princípios fundamentais da política urbana que se coadunam com a construção de uma cidade saudável:

- a) o primeiro é a função social das cidades que corresponde ao direito de uma cidade para toda a população – terra urbanizada, moradia, saneamento ambiental, infra-estrutura e serviços públicos, transporte coletivo, mobilidade e acessibilidade ao trabalho e ao lazer.
- b) o segundo é a função social da propriedade urbana, entendida como um elemento constitutivo de propriedade, o que equivale dizer que o direito de propriedade deixa de existir, quando ela não cumpre sua função social.
- c) o terceiro é a sustentabilidade, compreendida tal um desenvolvimento local socialmente justo, ambientalmente equilibrado, economicamente viável, culturalmente diversificado (multicultural) e política e institucionalmente democrático, visando garantir qualidade de vida para os presentes e as futuras gerações.
- d) o quarto princípio, o da gestão democrática que, na sua concepção de princípio, norteará o processo que garante a participação direta do cidadão e de suas organizações sociais na formulação, execução e controle social da política urbana (RECIFE, 2004, p.29-30).

Na segunda etapa do Plano, as diretrizes setoriais da política urbana são assim explicitadas:

- a) Desenvolvimento Econômico (atividades econômicas, turismo);
- b) Políticas Sociais (educação, saúde, assistência social, cultura, habitação);
- c) Infra-Estrutura Urbana – saneamento ambiental (abastecimento de água, esgotamento sanitário, drenagem urbana, resíduos sólidos), mobilidade urbana.

Dentre as políticas sociais, saúde é compreendida como:

Diante de uma nova concepção de saúde, compreende-se que o processo saúde/doença é multideterminado e necessita de uma política de saúde integral, que se estruture de forma conjunta e constitua ações intersetoriais para construção de políticas públicas saudáveis. “A política de saúde deverá estar inserida num conjunto de políticas públicas que elevem o padrão de vida da população, assegurando a construção de uma cidade saudável com ampla garantia de cidadania (RECIFE, 2004, p.37-38).

Portanto, destacamos, assim, que um dos atores partícipe do governo reconhece que este documento, enquanto marco desta política, seria o Plano Diretor, bem como que a sua construção se processou em nível intersetorialmente, como expressão de uma política que, na perspectiva republicana, tem por função eliminar as iniquidades, mas, ainda, está em discussão na câmara:

[...] é o Plano Diretor da Cidade, esse é extraordinário, até porque esse Plano Diretor foi uma construção coletiva, ele foi uma construção intersetorializada, todos nós, secretários, participamos da elaboração disso. Foram levadas em consideração as políticas públicas [...] um plano diretor da cidade, ele interferiu na vida da cidade, quando ele pegou 12 bairros e limitou o tamanho dos prédios que estavam em construção ou que eram alvo da especulação imobiliária, quando levou em consideração tudo que podia acontecer na área. O plano diretor começou a ser discutido em 2002, 2003, por aí e, ainda, é objeto de discussão na câmara, pra falar a verdade, eu não sei se já foi aprovado integralmente, desde a primeira gestão. A Assistência Social foi ouvida, aconteceram audiências públicas, com a participação de lideranças das comunidades, setores os mais diversos discutiram o conselho de desenvolvimento urbano da cidade. Então, é uma peça realmente importante pra cidade (Ent. GG-01).

No que se refere à avaliação da prática da política implementada, para o período estudado, citaremos os seguintes argumentos:

Segundo Santos, em 2004, realizou-se um estudo que observa como resultados encontrados:

Quanto à adoção de políticas públicas saudáveis, o Recife adotou políticas públicas, orientando maneiras mais saudáveis para atuar e a intenção de mudança na ordem governativa da cidade para uma gestão social, e elegeu diretrizes da proposta de Cidade Saudável, inseridas no seu Plano Plurianual e traçou grandes linhas de ação que as Secretarias deveriam desenvolver, de forma transversal, porém, sem seguir uma metodologia específica. Quanto à saúde, como qualidade de vida, a gestão trabalha com a perspectiva da melhoria da qualidade de vida da população e a saúde é entendida como multideterminada, logo não produzida socialmente e que pode levar ou não a superação da visão negativa da mesma. Quanto à reorientação dos serviços de saúde, o Recife trabalha a mudança de paradigma flexneriano, mas, por outro lado, há entraves para a consolidação de uma rede hierarquizada de atenção integral. Quanto à intersetorialidade, o Recife dispõe de vontade política para concretizar a intersetorialidade, mas apresenta dificuldade na sua operacionalização dentro da própria Prefeitura e da Secretaria de Saúde {desarticulação entre os dois programas (SANTOS, 2004)}.

Quanto à participação da comunidade/desenvolvimento da auto-responsabilidade/sustentabilidade, os trabalhadores da ponta dos programas PSF e Programa de Saúde Ambiental (PSA), que estão mais próximos da população, conhecem a proposta muito mais pelo “slogan”, apresentado pela PCR, do que pela transversalidade das ações que estão sendo executadas. A representação do Controle Social apresentou clara compreensão de que a proposta existe e é trabalhada de forma transversal, porém a sua base não está a par do que representa a proposta em questão. Os Programas de Saúde da Família (PSF) e Saúde Ambiental (PASA) representam uma grande potencialidade, como ação de promoção à saúde e, de fato, representam um caminho importante a ser cuidado e implementado, com vistas a consolidar um processo sustentável de construção de um Recife Saudável. Assim, Recife atende à maioria dos tópicos estratégicos para a implantação da proposta “cidade saudável”, porém os princípios de desenvolvimento da auto-responsabilidade/sustentabilidade, nos quais cada cidadão tem um papel importante nas decisões das políticas públicas, articuladas e favoráveis à saúde e de intersetorialidade, como estratégia principal, precisam ser melhor trabalhados, pois ninguém defende uma causa, quando não a conhece.” (RIBEIRO, 2004, p.130-140)

Na avaliação da prática, pelos atores informantes-chave dessa tese, as dificuldades e os avanços são reconhecidos, destacando-se as seguintes:

Reconheço que teve um avanço muito grande, talvez a generalização que a gente pode fazer do que vem acontecendo, no Recife, é que, em países em desenvolvimento, esse processo de implantação de cidade saudável, seja muito mais lento do que a gente pensa, porque a gente parte de um início muito deficiente, a população sem educação formal de um nível bom (Ent. GNG 03).

Uma das dificuldades assoberbadas é o modo como a Prefeitura está estruturada e funciona, porque as Secretarias, com as suas questões e com poucos recursos para encontrar as soluções rápidas e eficientes para essas questões, terminam, de uma certa forma, se voltando para o seu próprio interior. Esse movimento para dentro, se a gente não ficar atento, ele quebra a integralidade, além disso, algumas áreas de direito, elas têm vinculadas às receitas, outras áreas não [...] (Ent. GG 03).

Primeiro, da mesma forma que nós tivemos uma boa disponibilidade de recursos em saúde, quanto mais a gente tem, mais a gente precisa, trata de uma necessidade concreta de uma comunidade e aquela necessidade já cede lugar à outra, inclusive mais complexa. O outro foi esse, é que, apesar de eu dizer que nós tivemos a possibilidade de construir ações integradas, não é uma coisa simples, principalmente, quando as pessoas enxergam a Secretaria de Saúde ou o Ministério da Saúde como uma espécie de primo rico [...]. Outro também é, digamos assim, o próprio nível de consciência que a população tem de poder compreender a importância de uma política com essas características [...] (Ent. GG-05).

Eu não consigo avaliar, hoje, se isso se consolidou lá, mas eu me lembro que esse debate passou no começo da administração, se eu não me engano, o nome do PPA era Recife Cidade Saudável. Então foi uma mudança de prioridade, então, esse foi o compromisso que ele bancou, ele teve compromisso com saúde preventiva, que eu acho que é uma coisa importante para a cidade da gente, aí eu destaco o PSF, a expansão do PSF foi muito importante e o grau de cobertura que a cidade tem hoje com o PSF nem se compara com o que se existia antes e acho também que a criação dos agentes ambientais que, na minha visão, é uma coisa inovadora, também, junto com povo do meio ambiente, com o povo da saúde (Ent. GG-11).

Assim, considerando o diagnóstico e as proposições dos três documentos mais abrangentes e assumindo que os demais estavam contemplados como parte deles, ressaltando os problemas abordados e os programas e projetos propostos, bem como as avaliações feitas pelos informantes-chave e outros autores pesquisados, consideramos o conteúdo adequado a uma *perspectiva socialista*, em que o Estado apresenta, como seu objetivo principal, a eliminação das desigualdades sociais, colocadas como problemas no Macro e Micro-Contexto anteriormente apresentados e propõe-se como síntese, no quadro abaixo (Figura 15), a análise do conteúdo da política implementada, nestes quatro anos de governo, direcionadas para um Recife Saudável que, como enfrentamento de uma realidade complexa, o processo é de longo prazo, necessitando-se realizar uma análise do processo de construção dessa política, conteúdo do próximo capítulo desta tese, para melhor se entender as avaliações trabalhadas.

Assim, o quadro abaixo apresenta a síntese da análise do conteúdo da política de forma esquemática.

SITUAÇÃO REAL (explicitada na análise do Macro e Micro-Contexto)	CONTÚDO DA POLÍTICA	AVALIAÇÃO do CONTEÚDO {para responder à situação real inicial (como resultado da implementação/processo)}
<p>Gestão autoritária; desemprego; altos índices de violência e criminalidade; analfabetismo e ensino deficiente; baixo orçamento para a saúde; trânsito caótico; precariedade e déficit habitacional e de saneamento; inexistência de uma ação de proteção às áreas com risco de vida para a população - os morros; desordenação urbana e descuido do meio ambiente; inexistência de uma política de segurança alimentar; política cultural alienígena e não-sustentável e inexistência de uma política cidadã, destinada aos funcionários, que os beneficie e engaje em um processo político de mudança.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestão democrática e solidária- orçamento participativo e gestão cidadã (OP); 2. Guarda-Chuva – gestão de risco de morros e alagados; 3. Recife – nossa casa – melhoria das condições de habitabilidade; 4. Comunidade saudável – saneamento integrado, saúde ambiental, educação ambiental e meio ambiente; 5. Dinamização da economia e do acesso ao mercado de trabalho – geração de oportunidades para emprego e renda; 6. Espaços públicos para todos – requalificação e reapropriação dos espaços públicos; 7. Acessibilidade para todos - universalização e adequação da mobilidade urbana; 8. Combate a violência e defesa da cidadania – redução dos riscos e acesso aos direitos. 	<p>A partir da análise dos três documentos Marco para a Política de Promoção e a Estratégia Cidade Saudável e das avaliações realizadas pelos informantes-chave e outros autores pesquisados, considera-se o conteúdo adequado a uma <i>perspectiva socialista</i>, em que o Estado apresenta, como seu objetivo principal, a eliminação das desigualdades sociais, colocadas como problemas.</p>

Figura 15: A Síntese da Análise do Conteúdo da Política

Fonte: a autora, adequando ao proposto por Araújo Jr e Maciel Filho (2001).

4.3 O PROCESSO: CAMINHOS E DESCAMINHOS PARA UM RECIFE CIDADE SAUDÁVEL

Consoante vários autores (JUNQUIERA; INOJOSA, 1997; KICKBUSCH, 1997; MENDES, 1999; MENDES, 2001; FERREIRA; VIEIRA, 2005; FRANCO de SÁ *et al*, 2005; RECIFE, 2001; SPERANDIO, 2003, 2004; WESTPHAL; MENDES, 2000), a Política de Promoção da Saúde, para construção da estratégia cidade saudáveis exige, em primeiro momento, necessariamente, a existência de seus dois pilares principais, ou seja, a ação intersetorial e a conseqüente participação, constituindo-se, desta forma, o modo como o processo deve se desenvolver, em todo o seu percurso - formulação, sua implementação, monitoramento e redirecionamentos – como princípios que emergem em toda a sua

concretude. E, questiona-se a efetivação e sustentabilidade de qualquer processo que vise a uma construção complexa, sem enfrentar uma atuação no direcionamento dessa tão *impossível*⁵³, quanto *necessária* tarefa de abordagem integral para uma política, segundo Fernández (2006) e Ibañez (1998).

É neste momento da análise de uma política e principalmente da estratégia pretendida por esta gestão, que são revelados os atores em sua relação com o contexto e suas decisões em relação aos conteúdos, bem como a sua forma de atuação – formulação e implementação. É, no momento de formulação da política, quando se explicita a disputa de concepções ou paradigmas que nortearão as propostas e a pauta de prioridades da agenda política.

Para tanto, nesse capítulo, analisaremos o processo da política de Promoção de Saúde e da Estratégia Cidade Saudável para a cidade do Recife, no período compreendido entre 2001-2004. Primeiramente, analisaremos o processo político, tanto sob o aspecto da formulação da política em questão, bem como do desenvolvimento da sua implementação, apresentando como resultado, na visão do grupo dos atores informantes-chave participantes da gestão em foco e, como segundo momento, na visão dos informantes, oriundos da sociedade civil e, por fim, buscou-se uma análise síntese quanto à tendência desse processo, no período da gestão estudada.

No processo observado, os informantes-chave não focaram, em separado, o processo de construção das políticas e, como na sua maioria, eram mais dirigentes de Secretarias e estavam inseridos tanto na formulação, quanto na execução das mesmas, ocorrendo uma variação referente, à inserção do grupo da condição de ser ou não, observando-se que nestes últimos, os poucos que possuíam uma experiência prática, na execução de políticas, expressaram-se de forma diferenciada.

Assim, quanto à formulação e à implementação da política Recife Cidade Saudável, segundo o parecer dos informantes-chave pôde-se apreender a seguinte realidade.

⁵³ Como se posicionam Pasche e Henningtin, ao argumentar sobre a integralidade, que não seria por que esta se apresenta como uma tarefa impossível, no sentido que Freud empresta à sua clássica trilogia sobre as tarefas impossíveis - analisar, educar e fazer política, que se deixaria de buscar práticas integrais (apud CASTRO; MALO, 2006, p.37).

4.3.1 A Formulação e a Implementação da Política Recife Cidade Saudável na Visão do Grupo Governamental

Neste depoimento, temos a descrição da maneira como se processou o início da tomada de decisão para a formulação da política para um “Recife Cidade Saudável”. Nos relatos, apreendemos que primeiro, constituiu-se uma equipe reconhecidamente capacitada e com experiência para coordenar o processo na saúde, o início foi inerente à Secretaria de Saúde, com grande discussão que afinal foi definido assim:

A cidade saudável era a proposta que mais integralizava a proposta que a gente tava querendo desenvolver e só depois que conseguiram traduzir para uma proposta operacional na saúde (projeto, um plano ou modelo) é que foram dialogar com o Prefeito e as outras Secretarias. Houve uma adesão parcial com as Secretarias de Planejamento e a EMLURB, inicialmente (Ent. GG-02).

Ao analisarmos este início do processo, verifica-se que dos três requisitos necessários à tomada de decisão - as relações de poder existentes entre os diferentes níveis de governo entre si e a sociedade civil; as estratégias políticas para a sua implementação e; os recursos envolvidos - as relações de poder entre a Secretaria de Saúde e o Prefeito eram fortalecidas, porém, com as demais Secretarias eram frágeis, pela aderência parcial à proposta apresentada e com a sociedade civil, neste momento inicial, a relação inexistia, ela não participou da discussão.

Assim, a estratégia implementação foi assegurada através de um *modelo racional*, apresentado pela saúde sem a discussão das demais, restrita ao setor e ao nível gerencial, sem buscar a essência para ser reconhecida como política social, sem seguir a lógica do processo político mais geral.

As dificuldades ressaltadas, internamente na saúde, para esta primeira discussão do ponto de vista da integralidade, *como promover o diálogo e a integração entre essas duas formas de ação, uma com o indivíduo e a outra com a comunidade, com o ambiente* (Ent. GG-02), mostram a fragilidade dos recursos essenciais direcionados para o início de qualquer proposta, adesão e sustentabilidade política, contemplada pela compreensão, na defesa de uma proposta por todos os níveis, como fica demonstrado a seguir:

[...] primeiro, a gente conseguiu formar uma equipe muito boa, bons sanitaristas, desde bons academicamente como de experiência [...] primeira grande discussão era o que é que iria marcar qual era proposta global de concepção que a gente queria pra saúde naqueles quatro anos de gestão [...]. Essa discussão foi uma discussão muito grande, desde a discussão sobre a “proposta caranguejo - o epimangue”, desde a questão de Chico Science, da lama ao caos, em Recife enquanto cidade, pensar a cidade em seu contexto, tornar inclusive cultural e aí entrou, na discussão também, a concepção de cidade saudável para, a partir daí, discutir que modelo de atenção à saúde, e não só de assistência, a gente deveria trabalhar [...] a questão da cidade saudável era a proposta que mais integralizava a proposta que a gente tava querendo desenvolver, e aí a gente começou a desenhar essa proposta dentro da secretaria, nos vários setores da secretaria de saúde, desde a questão da vigilância à saúde, como a da atenção à saúde [...] de que forma essa concepção desenharia as várias propostas que estávamos desenvolvendo, a integração não só na Prefeitura não, o grande problema é dentro também, você integrar as vigilâncias com as assistências, é uma tarefa difícilima (Ent. GG-02).

Para este outro informante governamental, quanto à análise do processo político, foi ressaltado que a tomada de decisão para o programa de governo, logo após o referendo das urnas ao grupo político eleito, fez-se de maneira ampla, intersetorial, demonstrando uma relação de poder compartilhada entre os possíveis níveis de governo a ser instituído posteriormente *“este primeiro documento, nisso estava todo mundo, não só saúde, foi antes da gestão, nove e dez de 2000”* (Ent. GG-10).

Depois, o informante ressalta a formação de *“um núcleo gestor na SS”*, que possibilitou a formulação de uma primeira proposta da Secretaria de Saúde (SS). A referência feita à intersetorialidade se faz enquanto criação de um fórum que integra a SS e algumas Secretarias, envolvidas com o programa PSA. Assim, o processo de participação dos demais níveis *só se processa no nível de formulação, mas não de operacionalização, como é relatado “Eles não assumem isso com os mesmo elementos de política estruturadora que os outros municípios assumiam [...] é por esse fato que Recife não ter participado da Rede de Municípios Saudáveis”* (Ent. GG-10).

Para esse ator, o processo político não sofreu solução de continuidade com a alternância dos três secretários, no período da primeira gestão, devido à sintonia que existia entre os mesmos, ele destaca a importância deste na participação da política nacional, no órgão máximo de proposição política para todos os municípios do país: o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Sendo assim, constituía-se a expectativa de esperar que a estratégia Cidades Saudáveis fosse fortalecida nacionalmente e para os demais municípios, bem como para o próprio Recife. Conclui-se, portanto, que existia

governabilidade, informação teórica e normativa disponível para diversos cursos de ação, adaptação e flexibilidade, porém a política estratégica era outra.

Este outro informante-chave também realizou algumas críticas, inclusive, de ordem internada da própria pasta, quando afirma que a preparação e a clareza, com o propósito dos momentos coletivos se convertessem em momentos de criação de “*uma base social necessária à viabilidade de uma concepção de direitos humanos interdependente*”, bem como frente aos funcionários, o que ratifica uma estratégia de cooperação, porém com um desenho de política que apresenta característica mista, quanto ao aspecto normativo para algumas Secretarias e incrementalista para poucas, sendo assim referido:

[...] e talvez a gente tivesse que dar um tempo maior no Orçamento Participativo, para uma discussão pedagógica com a população a respeito dessa compreensão, para criar a base social necessária à viabilização de concepção de direitos humanos interdependente [...] nisso, a gente não avançou muito, no sentido de eu me considero até responsável, que era um corre-corre tão grande, certo? No sentido de ter uma meta, ou um objetivo, ou uma diretriz, ter objetivos e metas que pusessem o foco na construção de uma base social, que dê sustentação a um novo entendimento de direitos humanos, com fundamento de uma cidade saudável [...] Eu acho que eu não tinha, naquele momento, a clareza que eu tenho hoje, porque, depois que a gente vive a experiência, e eu quero me responsabilizar por isso também. Depois que a gente passa, começa a repetir, a escrever, é que a gente tem a compreensão de onde ficaram os vácuos. Eu acho que ficou uma lacuna e eu me responsabilizo por ela também. É, mas que nós não usamos devidamente para essa construção da base social e que desse sustentação [...] em relação aos funcionários, eu pessoalmente não participei de muitos fóruns de funcionários, pessoalmente não participei. Não lembro, agora, se foi uma decisão pessoal ou se os procedimentos eram muito mais vinculados à secretaria de administração do que às demais [...] Agora, se cada secretário levava a discussão do conjunto dos secretários para os funcionários que eram diretamente ligados à secretaria por ele gerida a discussão, não sei, para a educação a gente levava. E eu tenho minhas dúvidas, se saúde também não levava, acho que saúde também levava, certo? Mas eu não tenho a informação, é aquilo que eu lhe disse, nós não definimos uma meta, nem uma diretriz clara para criar uma base social, tanto externa como interna, os outros podem até ter feito isso [...] (Ent. GG-03).

Para a maioria, mesmo se, aos processos setoriais e poucos aos intersetoriais, o processo dessa gestão foi, desde a eleição, construída, amparada em uma visão pluralista e, para eles, os formuladores foram toda a sociedade civil e técnicos engajados no período de campanha, como internamente todas as Secretarias e a população envolvida no Orçamento Participativo e nas Conferências, além de nomear as secretarias mais envolvidas nesse processo, nas seguintes falas:

Quanto à agenda, tem uma parte que era o projeto de governo defendido por João, durante a eleição, no processo eleitoral. Além disso, reuniões sucessivas de

secretários. A construção do consenso [...] ocorreram fóruns antes da eleição e depois da eleição, eu não sei se com a denominação de fórum, mas as conferências ajudaram muito. Elas ajudaram muito, inclusive, a reformular o planejamento, a reformular prioridades, diretrizes e metas [...] o orçamento participativo, também, é uma atividade articuladora, para o Orçamento Participativo vai o conjunto dos secretários e secretárias. Tanto os diversos secretários, como a população ali presente, começa a pensar coletivamente as políticas em seu conjunto [...]. e as Secretarias de Saúde, Educação, Cultura, Planejamento e Orçamento Participativo[...] esses, pelo menos, iam na frente” (Ent. GG-03).

A discussão interna sobre o próprio contexto e o projeto de governo era a construção de uma cidade saudável, economicamente equilibrada e socialmente saudável [...] Nós tínhamos, regularmente, reuniões de governo onde a gente discutia todas essas questões, esse era o fórum interno [...] O fórum mais ampliado, a criação do fórum da Secretaria de Orçamento Participativo também foi muito importante, porque, aí, houve realmente a discussão e estabelecimento de prioridades, a discussão com a comunidade. E era interessante que, num primeiro momento, tudo estava voltado para obras, a cabeça das lideranças só pensava em obras [...] e, depois, como a discussão foi avançando, foi-se incluindo outros temas e aí foi incluído o tema da educação, o tema da saúde, da assistência social, com seus recortes; a prioridade pros idosos, a prioridade para as pessoas com deficiências. Foi criado o “OPzinho”, que era o OP das crianças, então passou-se a discutir com as crianças dentro da rede escolar. Existem muitas críticas, hoje, de manipulação, eu não sei até hoje aonde vai isso [...] (Ent. GG-01)

A liderança chegava, lá, na Secretaria de Políticas Sociais que era anterior a nossa e dizia: eu preciso de tantos metros de lona pra distribuir na minha comunidade, porque tá caindo uma barreira ali e ele levava tantos metros de lona e ele distribuía do jeito que ele queria e isso deixou de existir [...] Desconstruir isso não é fácil e isso foi objeto de muita briga, até que a defesa civil se estruturou como um projeto interessante e mapeou todas as áreas de risco da cidade. Nós chegamos mapear mais de 10 mil pontos de risco dentro da cidade e fomos trabalhar todos juntos e aí acontecia a intersetorialidade nesses momentos, era o chamado Projeto Guarda-Chuva [...] Fez uma ampla mobilização dentro das comunidades, no primeiro período do governo, com lideranças, com pessoas da comunidade que se dispuseram a serem capacitados e treinados a receberem orientação de como proceder. E essas discussões aconteciam tanto dentro do governo, quanto fora do governo também, com os secretários, os diretores, os trabalhadores de saúde e com a sociedade nessas ações (Ent. GG-01).

Em relação à população, nós mudamos completamente o desenho do controle social que havia primeiro, dando efetivamente ao Conselho Municipal de Saúde o poder de decisão sobre todas as coisas [...] Também, no trabalho de formação dos conselhos distritais e, além disso, a realização permanentes de reuniões, de conversas com a população, tanto para discussão da condução do sistema de saúde propriamente dito, na região, no local. Como para discussão de novas ações que a gente desejava implementar [...] o Programa de Saúde Ambiental vai ser implantado, mas era fundamental que a gente conversasse com a população sobre o que é que aquilo ia representar [...] Mas, nós colocamos isso como uma coisa importante, em todas as ações, construir com a população, fizemos conferências de saúde, fortalecemos, assim, o compromisso social [...] Com os trabalhadores foi a mesma coisa: a gestão anterior, ela não tinha um diálogo franco com os trabalhadores, na verdade, ela não tinha um projeto pra saúde, na cidade do Recife, e muito menos esse projeto tinha como referência incluir os trabalhadores na discussão, elaboração e implementação [...] saúde é uma área onde o fator humano, para implementação da política, é imprescindível, é quem executa na prática. Então, a gente ganhou, tentou ganhar essas pessoas para o projeto, o projeto é esse,

a gente quer atingir isso, queremos tais indicadores em tanto tempo e trabalho de vocês é fundamental [...] Para isso, a gente, por exemplo, resolveu alguns problemas históricos, como era a questão dos agentes comunitários de saúde, aquela cooperativa que existia, nós partimos para fazer contratação temporária depois; agora, com essa emenda de Maurício Rands, a contratação das pessoas, fizemos concurso público, melhoramos as condições salariais de todo mundo [...] Mas, acima de tudo, essa idéia de incorporá-los ao projeto [...]. alguns programas que a gente tinha uma estrutura formal, uma coisa articulada formalmente, por exemplo, essa coisa de saúde ambiental, nossa relação com a EMLURB, com a Secretaria de Saneamento, Meio Ambiente que tinha um comitê.. Academia da Cidade, nós fizemos uma interface positiva com a Secretaria de Esportes, fizemos uma boa interface com eles e também com a Secretaria de Educação (Ent. GG-05).

Eu acho que hoje é irreversível a forma de pensar interinstitucionalmente, essa forma de pensar em conjunto com os diversos segmentos da administração e digo até mais, pensar junto com a própria população [...] esses programas, não só o PSA, o Guarda-Chuva, o Orçamento Participativo, o PACS, o PSF, tudo isso eu acho que tornou irreversível essa forma de planejar de forma conjunta. Acho que o chamar a população a intervir, acho que isso também é o início para fazer uma cidade saudável, fazer a comunidade sentir-se também responsável, eu acho que isso foi um ganho. E, aí, eu credito não só ao PSA, seria muita prepotência, mas ao Orçamento Participativo, ao PACS e PSF, eu acho que trouxe a população para se preocupar, para reivindicar, para brigar, não é? [...]. Eu acho que isso é irreversível, isso é um ganho fantástico e acho que o início para se construir uma cidade saudável, quando todo mundo tomar pra si a responsabilidade de construir uma cidade saudável, é o primeiro passo (Ent. GG-06).

É, também, reforçada a busca pelo resgate da cidadania e também denuncia falhas estruturais, que não foram concebidas para uma cidade saudável, nesta fala:

[...] esses programas que a Gestão Pública começou a implantar, eu acho que colaborou com esse resgate da cidadania, esse resgate ou, sei lá, o nascimento da cidadania [...] Agora, me lembro do que tem que ser feito. Não dá para falar em uma cidade saudável com trinta por cento de saneamento, isso não existe [...] o apoio da população é a primeira coisa, a população tem que ser, vamos dizer assim, não ator, mas o protagonista. Os trabalhadores da saúde, da educação, ta certo? Porque não adianta o gestor querer, se o trabalhador não quiser, não sai então trabalhador da saúde, da educação, da assistência social, ele tem que estar imbuído disso. E os gestores, nos diversos níveis, têm que querer, querer político (Ent. GG-06).

Para este ator, o reconhecimento, por momentos coletivos e pluralistas de execução, existiu e nos concede exemplos concretos, a seguir:

[...] quando a gente estava tentando construir a política para tirar, salvar o pessoal dos morros, dos desabamentos, houve um trabalho muito grande de conscientização das pessoas que estavam envolvidas, eu me lembro que eu participei, várias vezes, de reuniões, com trezentos, quatrocentos empregados, empregadas da Prefeitura, onde a gente ia mostrar a eles o que era o serviço deles [...]. E eu acho que ali houve um avanço, vamos dizer assim, em termos de se tentar construir uma participação (Ent. GG-07).

Para este outro informante, faz-se também, o reforço da visão pluralista de formulação de políticas, discorrendo de todos os fóruns criados e as mudanças de estratégias para ampliar a participação, destacando, também, as dificuldades enfrentadas junto aos funcionários, dessa forma:

A participação da sociedade, nas nossas gestões, começou na própria campanha eleitoral, com uma forte presença das mais diversas representações, influenciando o perfil dos nossos programas de governo. Continuou, quando assumimos a Prefeitura, com o fortalecimento dos canais institucionais. Como já disse, anteriormente, criamos o Orçamento Participativo, com uma estrutura aberta e amplamente representativa. Antes de 2001, eram eleitos os delegados que aprovavam as ações prioritárias. Hoje, é a base que aprova as ações prioritárias e elege, no mesmo momento, os delegados, que irão acompanhá-las [...] Além disso, como já falei, convocamos e dinamizamos os Conselhos que existiam. Criamos diversos Conselhos, como o da Mulher; realizamos Conferências Municipais e, no OP, os Fóruns Temáticos que teve aprimorada a sua representatividade [...] A participação dos trabalhadores reflete o seu próprio grau de mobilização e organização, a influência das suas lideranças etc. (Ent. GG -8)

Como exemplo que ratifica o depoimento anterior, este outro informante reconhece que, para a formulação da política de Cidade Saudável, a V Conferência Municipal de Saúde - CMS enquanto espaço concebido para tomada de decisão, ressaltando o pouco tempo destinado à permissão de uma socialização do processo, evidenciando a ampliação, em números, dos participantes, como também reconhece a VI CMS como espaço do redirecionamento da estratégia adotada, conforme o relato a seguir:

[...] e a gente fez grandes discussões: as plenárias distritais foram antecedidas de reuniões possibilitando “uma discussão ampliada”. Apesar de reconhecer este avanço, quanto à implementação, é informado alguns obstáculos: a população ainda é muito pouco informada e muito pouco mobilizada pra discutir as questões da saúde, porque, paralelamente, você tinha toda uma implantação do Orçamento Participativo - OP, colocando pra população qual a obra que ela queria, com uma discussão muito pragmática e concreta do que era uma discussão, do que era uma cidade saudável [...] A Segunda Conferência a gente ampliou mais essa possibilidade de participação, já discutiu outro tema: a integralidade da atenção, já voltou mais atenção à doença, mas não só isso [...] no Distrito II, agente estabeleceu pequenas capacitações e treinamentos sobre o que era controle social, com usuários e trabalhadores, pra ter uma efetiva participação (Ent. GG-09).

Este posicionamento, também, é corroborado por este outro ator informante-chave, quando se faz o relato de que houve a tentativa de descentralizar as decisões. “[...] a Prefeitura do Recife se fechou muito. para refletir seu processo e, pra buscar instâncias mais colegiadas de discussão, a gente teve um desmonte de centralização de poder.” Para fora e

para dentro, pois “*se buscava suporte dentro das universidades, se buscava suporte com os especialistas, se ouvia a comunidade e se ouvia tudo pra poder construir um projeto de ação [...] uma política pública [...] foi um processo muito lento*” e podemos perceber a afirmação de que [...] “*houve um apostar de que a comunidade poderia ser convidada e aceitar a participar.*” Afirmou, ainda, a criação e o fortalecimento de muitas instâncias, como “*as conferências tiveram um papel, não foi só a Conferência de Saúde, mas as outras várias, de Meio Ambiente, de Educação, então não se trabalhou isoladamente [...]*”. Asseveramos que, para ele, este processo de mudança não se verificou, apenas, nas instâncias políticas, mas também nas técnicas, pois “*o trabalhador teve que rever seu processo de trabalho, mas as reformas de base, pra mudar esse processo de trabalho, eu acho que a gente ainda está em processo de construção, porque a formação acadêmica não prepara ainda pra esse tipo de construção*”. Porém, reconhecem-se as dificuldades e aponta-se, como uma das prováveis causas, a lentidão do processo de mudança, pois “*a lógica de escutar quem sabe onde o sapato aperta, ela serve na teoria, mas não serve na prática, porque a tendência é achar que a solução vem, em instâncias gestora; então esses gestores tiveram que socializar muito esse pode e não foi fácil, porque há uma tendência natural à centralização*”. Desta forma, mesmo apontando as dificuldades, reforça o direcionamento a uma visão pluralista de desconcentração de poder. Julgamos que para a discussão sobre a adoção de uma política pública saudável a questão da sustentabilidade é importantíssima, pois é de conhecimento geral que *tem sempre a questão da sustentabilidade. “Eu acredito que, no Recife, deu certo a ponto de que nenhum outro gestor vai chegar e vai conseguir agir dentro de um modelo assistencial meramente.”* [...] Também é avaliado, diferenciando os processos que, para o Ministério de Saúde, “*isso não foi consolidado*” (Ent. GG-04).

Assim, a estratégia para a construção da política para um Recife Saudável, do ponto de vista deste informante, eles interagiram, em clima total de cooperação com outros atores, significando o estabelecimento de processos de negociação na busca de soluções conjuntas; o modelo ou desenho da política foi incremental, porque exigiu mudança e uma visão pragmática acerca da maneira como o processo político se desenvolve.

Cumpramos destacar que se contrapondo à maioria, esse ator trouxe à luz, de maneira enfática, a existência de uma lacuna, no processo de construção da cidadania, que foi iniciada, tanto com a população, quanto com os funcionários da Prefeitura, merecendo ser tratada, também, de forma mais sistematizada:

Nos outros projetos, essa relação não era tão boa [...] Ah, deu minha hora, eu vou-me embora, mas, agora, precisa ficar mais tempo. Ah, vai pagar hora extra? Não vai pagar hora extra, que é a relação trabalhista de qualquer canto, se eu vou trabalhar mais, eu quero ganhar mais, certo? Então, a gente quando começou a fazer isso, havia, nesse programa, havia uma dose de voluntarismo muito grande, porque também tinha muito militante do partido envolvido na tarefa. Então, eles iam naquela imbuídos do voluntarismo do partido, mas quando batia nos empregados mais tradicionais, a relação deles era de um empregado como outro qualquer [...] Eu já enfrentei algumas situações dessas, por exemplo, na EMLURB, de gente vir me dizer: não, até mais, não vamos fazer isso não, porque a gente ganha muito pouco aqui. Então, meu amigo você ganha pouco, então você vá para rua, você acha que ganha pouco [...] As próprias empresas não têm a compreensão da questão, então, é um pouco isso que eu estou dizendo, é um pouco da visão de Nação que agente não tem [...] a gente precisa construir a visão de Nação, é aquela coisa de você dizer assim, eu estou fazendo isso aqui e vou fazer bem feito, não é porque Fulaninho, que é o dono, vai ganhar muito dinheiro não, é porque isso aqui é importante para mim, que estou trabalhando, é importante para o cidadão que recebe o serviço, seja a empresa pública ou privada [...] É por isso que eu digo, é uma coisa mais complexa. Ai, eu acho que a gente tinha que realmente ter uma política pública e a municipalidade aí tem um peso grande [...] Olha, ela, sem sombra de dúvida, passa primeiro pela fase da formação dos nossos jovens, a gente deveria fazer um amplo esforço de sociedade para que isso fosse transmitido para as crianças [...] Então, é essa cidadania aí é que precisaria começar primeiro pela criançada, se a gente não pode atingir todos os níveis [...] Se a municipalidade e, aqui, estamos falando especificamente da cidade, porque a cidade, a municipalidade, ela tem uma coisa que é mais forte. O Brasil ficou com essa história de tudo recorrer ao Governo Federal, quando, na verdade, o Governo Federal é muito mais distante. [...] Então, nós tínhamos que começar por aí, é uma das vias, claro que têm outras. Teria que ter campanhas permanentes, às vezes, a gente começa, mas não tem continuidade. Tem-se uma política que eu acho que foi bem interessante, que trouxe alguns resultados, que foi aquela do DETRAN, quando ela fez uma política de respeitar a faixa [...] com os palhaços que, no início, alguns setores ficaram [...] Todo mundo incorporou, hoje, você, pelo menos a grande parte das pessoas que eu vejo, consegue dirigir com cinto [...] a gente valoriza pouco nossos espaços públicos, históricos, culturais, eu não vejo, pode ser que eu esteja enganado. Mas, eu estive, em Montevideú, no ano passado, e fiquei surpreso com a quantidade de crianças que a gente encontrava na rua com a professora, visitando os pontos, os museus, as praças, então [...], aqui, na América Latina, têm todos os problemas, mas estava lá. Então, a gente não vê muito isso aqui, as escolas, é claro, que isso precisa de investimento, a Prefeitura tinha que ter uma boa frota de ônibus, colocar isso à disposição das escolas municipais, principalmente das escolas municipais, que estão com o ensino fundamental, nós temos uma história riquíssima, agora, como é que vão chegar lá? Se não tiver isso? Ai, a gente precisava inculcar isso nas nossas crianças, porque é que os nossos filhos [...] (Ent. GG- 07).

Em geral, para os atores governistas, torna-se evidente que a mudança proporcionada, no processo político formulado e implementado por esta gestão, são fornecidos exemplos de programas, citados como marco e reforçando mais o caráter do processo participativo e interinstitucional necessário e exercido, em alguns momentos, mas, com lacunas e algumas dificuldades, principalmente na parceria com as outras Secretarias. A lógica ou desenho da política, quanto à racionalidade adotada/o foi a mista, com ações incrementais e racionais e

mais pragmáticas quanto ao modelo de atenção, voltado agora para a doença, mas também incrementando, de forma mais intensa e ativa, a participação como criação de condições para construção de uma base de sustentação, para referendar o caminho trilhado, obtendo mais reforço dos trabalhadores do que da sociedade, como foi explicitado.

Reconhecemos, assim, que a estratégia, segundo Matus (1989), no que concerne aos diferentes atores, na perspectiva da cooperação, objetivando o reforço do processo democrático para as decisões, tratadas com os trabalhadores, bem como do conflito interno, quando reconhece o OP como ator que fragiliza a proposta para uma cidade saudável, com ações pragmáticas e concretas de obras, como já foi ressaltado.

Concluimos, portanto, que se existia governabilidade, informação teórica e normativa disponível para os diversos cursos de ação, adaptação e flexibilidade, a política, no entanto, era mais de um setor e a estratégia era outra.

4.3.2 A Formulação e a Implementação da Política Recife Cidade Saudável na Visão do Grupo Não-Governamental

Posicionando-se paradoxalmente, a maioria dos informantes governistas, os informantes oriundos da sociedade civil ou desconhecem como esse processo político foi formulado ou implementado, ou apresentam visões críticas ao processo.

Para esse informante-chave partícipe da academia, não existe uma agenda pronta por parte da população, o que existe é uma demanda que deve ser traduzida pelos gestores que, de acordo com experiência deles, constatamos que não estão preparados para fazerem essa tradução e, portanto, não reconhecem esse processo como implementado, segundo o relato:

Essa questão cidade saudável não existe como agenda, mas como demanda de uma necessidade da população por pontos que poderiam construir uma política de cidade saudável [...] Essas necessidades em fóruns onde a população é ouvida, elas se expressam, mas elas não vêm como uma questão pronta, ela vem em vários pontos, que poderiam confluir pra uma agenda [...] Naquele período de 2001 a 2004, tinha que ser iniciativa da Prefeitura, de articular todas essas demandas numa agenda de cidade saudável e podia ter até outro nome, a agenda 21 etc.. [...] Nem na atenção básica, cujo principio é trabalhar na direção da promoção da saúde, nem nesse contexto, eu percebo que existe clareza sobre o que se quer, quais são as estratégias a serem adotadas, no PSF do Recife. Eu levo meus alunos todos os semestres pras unidades de saudade da família e o que a gente vê lá não é

expressão de nenhum tipo de política [...] Só um ponto que eu considero importante que é a formação do gestor para a promoção de saúde, eu acho que a gente, ainda, de alguma maneira, está formando burocratas da saúde pública, porque, se o sanitarista não tiver uma noção muito clara dos limites do modelo biomédico e não entender que a superação deste modelo, a gente passar por um novo paradigma na saúde pública que é a qualidade de vida e a melhoria da saúde [...] Nós não temos gestores capazes de transformar uma agenda de demandas, expressas pela população, numa matriz de ações intersetoriais que conduzam à qualidade de vida. E, a gente não tá fazendo isso, porque as pesquisas estão sendo feitas até agora, estão mostrando isso e eu interpreto que essa questão, eu analiso que a causa disso só pode ser a falta de capacitação para a tomada de decisão nesta área (Ent. GNG-03).

Mais uma vez, o processo configura-se desconhecido, mesmo sendo este um ator partícipe da academia e de ter envolvimento com o processo em outros municípios, reconhece que a equipe está capacitada para desenvolver o processo, assim registrado:

Como a gente vive mais voltada por interior, pensar em Recife, me localizar no tempo, eu não me localizo bem [...] Eu acho que são pessoas que assumiram a Secretaria, nesse período, são pessoas historicamente comprometidas com a saúde pública, são pessoas da área, sanitaristas históricos, onde isso poderia levar a princípio a gente ter um campo adequado [...] (Ent. GNG-05)

Para este ator não-governamental, que, no entanto, ocupa um cargo estratégico para a realidade política dos municípios, em Pernambuco e há muito tempo, não tem como se posicionar, pois não tem acesso a nenhuma informação sobre Recife ou sobre a experiência dos cinco municípios do agreste do Estado, culpando, assim, o secretário e a universidade de não socializar as experiências, posicionando-se, da seguinte forma, quanto a essa realidade:

[...] mas não me lembro de uma discussão nesse ponto de vista de município saudável, nunca foi ponto de pauta, nem no segundo mandato, assim a gente não chegou a essa discussão de cidade saudável, eu me lembro da Conferência do Recife, participei dela, não me lembro, [...], tive na Nacional, não me lembro, na pauta, nada específico à cidade saudável... O colegiado não foi, nunca procuraram colocar esse movimento na discussão. Nisso, eu questiono, também, a política de saúde, em geral, que você direciona as coisas, só para quem tem aquela informação é que vai participar daquilo. Hoje, estou numa posição de uma informação muito ampla, era muito fácil, mas a gente não participa disso. Se você perguntar qual o meu ponto de vista com esses municípios em relação à cidade saudável, eu realmente não sei lhe dizer [...] (Ent. GNG-08)

Para este outro informante-chave do grupo não-governamental, detentor de uma visão crítica do processo, reconhece que, no início da gestão, houve uma ampliação e inclusão de vários atores no processo de formulação pluralista e de implementação democrática, inclusive com a criação do programa do voluntariado que surge no cenário como um dos programas específicos do PPA, dispondo de uma representação bem significativa, cujo enfoque volta-se

da mudança da cultura política para a qualificação de todos os fóruns, conselhos e conferências, assim registrado:

Então, a primeira coisa que eu achava. é que o campo da ação política cultural, precisava ter se mantido como no início da gestão e ele se perdeu, ainda no primeiro mandato[...]. Porque, a cultura política oferece a base pra acolher uma administração, se você quer fazer inovação e ser bem compreendido; então, eu apostava muito, não só na Secretaria de Cultura, em Peixe. Mas, em Edla, na Educação. Que eles iriam ter uma certa, que eles não iam se deixar engolir [...] e que iam conseguir montar uma estratégia de política cultural, de cultura política, na cidade do Recife [...] Que se renovasse pela via do orçamento participativo, que se renovasse pela qualidade do sentido de uma vida melhor [...] iriam ter que renovar, ter que conseguir uma grande mobilização dos conselhos e dos conselheiros. E o trabalho de voluntários, você sabe que, na primeira gestão, Vando, o Evaldo Nogueira, que foi do Josué, até ficou responsável por coordenar os voluntários, [...] A Prefeitura do Recife, chegou a ter dois mil voluntários inscritos pra contribuir com essa ação por uma vida melhor [...] (Ent. GNG-06)

Dando prosseguimento, relatamos uma avaliação de mudança de processo para a implementação com uma estratégia, mais de cooptação que de cooperação, realizada pelo mesmo informante, assim como das dificuldades com vários segmentos, nos primeiros dois anos, o desconhecimento dos Movimentos Sociais e a falta de investimento em um processo de mudança para uma politização e para a sustentabilidade de uma real qualidade de vida, assim descrito:

[...] rapidamente, as forças mais conservadoras do Governo novo, enquadrou todo mundo, o serviço voluntário dançou. No começo, eles viraram assim quem quer fazer voluntariado nas escolas? Ficou trabalho social e os voluntários eram “uma ação por um Recife melhor” [...] “O trabalho do orçamento participativo virou um lugar para a formação de base eleitoral, na minha avaliação, ele não trabalha a cultura política da participação. Os Conselhos ficaram tão ineficientes, quanto os da gestão anterior, inclusive o Conselho de Saúde, o Conselho de Educação continua muito tradicional [...]. E, os Movimentos Sociais de Moradia [...] Esse setor bateu logo de frente, do começo do primeiro mandato até o meio do primeiro mandato, foi uma crise profunda.” Então, a parte de moradia virou um caos [...]. É, os Conselhos de Controle Social que teriam vínculo direto com a saúde, também, muito fraquinhos. E o Orçamento Participativo que envolveu mais de cem mil pessoas na participação, não politiza, joga uma comunidade contra a outra e não politiza [...] eu acho que toda a proposta de “ação para uma vida melhor” dançou, nos primeiros dois anos do governo [...]. Como não houve uma estratégia premeditada da Prefeitura, de renovação de cultura política, a gente só vai poder avaliar até onde essas pequenas coisas deixaram assentada uma pequena referência de políticas públicas[...] Não teve discussão sobre política pública com a população, o O.P, reduziu a discutir obras, nunca discutiu política pública, em momento algum, [...] as RPAs, elas garantiram a reeleição, sem dúvida, e o pior é que o administrador, e eles acreditam nisso, dividiu a cidade em RPAs e tratam as RPAs como movimento social.. Agora, tem as regiões político-administrativas, tiram representantes políticos que são mais considerados na interlocução do que os Movimentos Sociais (Ent. GNG-06).

Para este informante, cuja opinião anui não somente com os governistas, a formulação da política foi realizada com uma participação ampla da sociedade e dos trabalhadores, ou seja, uma visão pluralista, apesar de reconhecer algumas perdas e dificuldades, mas reconhecendo como uma Macro-Política de Estado, bem consolidada no nível municipal, como é referido:

A participação dos trabalhadores nisso foi muito intensa, seja através das corporações, exemplo: o pessoal do sindicato dos médicos, os estudantes, o pessoal de odontologia, de fisioterapia [...] O Movimento Social, eu penso que tenha alguns grupos que lideraram, com muita lucidez, esse diálogo, porque tinham acúmulos muito interessantes, o movimento de mulheres, o movimento homossexual, os grupos que trabalham com saúde ambiental. Os setores que ficaram mais envolvidos com cidade saudável foram o planejamento, com Tânia Bacelar, ela foi fundamental na criação de saúde ambiental; Serviços Públicos, com Jose Ailton; Saneamento com Miranda, no primeiro momento[...] Um dos pontos falhos, na gestão João Paulo, a gente perdeu o poder político com as discussões em torno de saneamento com o “companheiro”[...]os grupos envolvidos, político partidários, academia, eu vejo muito a presença de [...] como “o sabido” [...], mas eu achava que ele dava o norte, as opiniões dele eram muito valorizadas e um momento de sintonia, todo grupo absorve imediatamente as idéias [...], e, quando isso chega para uma Tânia Bacelar, que tinha um poder de vocalização muito bom na gestão, quando ela falava, ela era ouvida e ela dialoga muito bem com essas idéias todas[...] ..e o pessoal da educação, no primeiro momento, com Edla que foi muito importante [...]mas, foi nas discussões que ela deu uma contribuição muito importante[...]o pessoal de Saneamento, sabe? Então, nesse primeiro momento, como o grupo estava em sintonia e essas idéias eram muito fortes. Conseguuiu-se montar um plano que você olhava pras Secretarias e dizia que não tinha política de Secretaria, nem de Governo, era Política de Estado, em nível Municipal (Ent. GNG-04).

Para este outro informante, não-governamental, concordando com o anterior, também reconhece todo o investimento de se trabalhar com uma participação, no processo de formulação, e aponta a ampliação dos fóruns para a concretização de fomento a uma estratégia de cooperação, mas também registra as fragilidades da concepção da população sob o foco geral e, inclusive dos delegados do maior fórum político instituído, no âmbito da Prefeitura, e marco político da coligação partidária que está à frente dessa gestão, que é o Orçamento Participativo (OP), assim se expressando:

Eu vejo, nesse processo, sempre a busca de se fazer as coisas coletivamente, porque a gente sempre teve as Conferências Municipais de Saúde, mas com essa idéia da cidade saudável, deu-se mais ênfases a essas Conferências Municipais, divulgou-se mais, colocou-se mais a população pra participar [...] e isso levou a uma certa consciência das pessoas, no sentido de que elas também podem gerir saúde [...]. veio a questão do Conselho Municipal de Saúde que sempre existiu, existe o Conselho Municipal de Educação, o Fórum de Desenvolvimento Urbano, existem os Conselhos Tutelares.[...] Quando se fala em uma cidade saudável, a primeira coisa que vem, na cabeça do cidadão comum, é saúde, e, aí, ele pensa em saúde só aquilo que tá ligado à medicina e, muitas vezes, esquece que esporte também é saúde,

cultura também é saúde; então, um pouco do que é, esta concepção do que é cidade saudável, ainda, é muito restrita [...] quem puxou mais a discussão foi à área de saúde[...]Eu acho que uma coisa que precisaria investir mais, até pra melhorar a atuação dos delegados, seria a questão da capacitação, não só pros delegados, mas pra todas as pessoas que estão envolvidas no processo, no sentido de que orçamento participativo, a idéia não é que seja só um espaço pra se discutir obras ou ações, mas deve ser um espaço de controle de poder público, de acompanhamento das verbas públicas,[...] pelo menos, pros delegados, porque a cidade, hoje, está muito voltada pro orçamento participativo, esse ano é ano de eleição e eu acho difícil qualquer corrente partidária, que venha assumir que não seja PT, barrar esse processo, porque ele já está enraizado (Ent. GNG-07).

Assim, concluímos que os informantes-chave não-governamentais, mesmo sendo escolhidos e referendados como partícipes do processo, em sua maioria, pelo menos em sua metade, desconhecia o processo através do qual o Recife vivenciou para otimizar a construção de uma cidade Saudável. Dos outros, só um referenda o processo como um grande avanço, reconhecendo, inclusive, o processo como de uma Macro-Política de Estado, dois desconhecem o processo e o outro, apesar de reconhecer uma grande mudança inicial, corroborando que houve uma mudança de direcionamento, como se a política fosse mais uma Micro-Política do Setor Saúde, tanto no processo de formulação, quanto de implementação da política, inclusive com perda substancial do ponto de vista qualitativo, ligado aos pilares basilares à construção de uma cidade saudável – a participação e a intersetorialidade. É confirmada, por vários, a necessidade de viabilizar o processo de capacitação, tanto para a população, quanto para os gestores, com o objetivo de se colocarem como transdutores deste processo, como uma sociopráxis requer, segundo Villasante (2006).

4.3.3 Tendências de Direcionamento do Processo A Grande Obra é Cuidar das Pessoas

A mudança pretendida pela gestão da Cidade do Recife, eleita em 2000, para contemplar o período de 2001-2004, realizou-se em resposta a um Macro-Contexto, hegemonicamente liberal, e no momento de máxima expressão do caráter excludente do modelo de urbanização para o país. Este contexto possibilitou as interações e relações sociais que conduziram às mudanças, nas decisões realizadas no sistema político, como uma resposta da sociedade Recifense, era o início da conhecida “onda vermelha em Pernambuco” (CHAVES, 2002), como foi emocionalmente expresso, a seguir:

O Recife estava pintado de vermelho. O povo, na rua, agitava bandeiras de todos os tamanhos, dos carros, das casas, das calçadas[...] O clima era de vitória. Os militantes que ainda se dispunham a abordar os últimos votantes, aos poucos, se juntavam aos outros, concentrados nas praças e esquinas, festejando, disputando com os grupos amarelos adversários que, por outro lado, também tinham certeza da vitória [...]. As pesquisas mostravam a vitória da aliança PFL-PMDB, embora apontasse também uma tendência de crescimento do candidato das esquerdas, o que já era considerado como uma grande vitória diante da trajetória do PT no Recife. Lá pelas 10 da noite, o resultado: João Paulo, ex-operário, metalúrgico, vereador e deputado estadual mais votado, em seu terceiro mandato na Assembléia Legislativa, é o novo prefeito do Recife. A Frente de Esquerda havia ganhado as eleições com 50,36% dos votos no segundo turno, derrotando o candidato do PFL, o ex-prefeito e ex-governador Roberto Magalhães [...]. Com a vitória, após um curto período de comemoração, iniciou-se um processo de re-elaboração do programa de governo em todas as áreas, o que incluía necessariamente a saúde (ALBUQUERQUE, 2003, p.5).

No Micro-Contexto, durante o primeiro período desta gestão, uma mudança, efetuada na Secretaria de Planejamento de Planejamento, Urbanismo e Meio Ambiente, reconhecida como a grande orquestradora da estratégia, nos dois primeiros anos, contribuiu para um redirecionamento substancial de encaminhamento, no que refere ao PPA, denominado “Recife Cidade Saudável” e para a construção do Plano Diretor da Cidade, iniciada em 2003. No primeiro, a intenção era explícita, quando enfatizava que a “sustentabilidade de uma cidade se faz quando se produz mais cidade para os cidadãos e mais cidadãos para a cidade”, com seus oito programas integrados, como também o conteúdo de todos os específicos, tendo como elementos basilares o compromisso de resistir às políticas neoliberais implementadas no país; a democratização do processo da gestão e a construção de uma cidade fisicamente organizada, orientados pelos 13 pontos do programa, que foi defendido em campanha (RECFE, 2001, p.1) e, no outro documento, considerado marco, que iniciou sua construção em 2003 – o Plano Diretor, também, ratificava como discurso esses princípios orientadores.

Se, inicialmente, foi considerado o conteúdo das políticas adotadas, adequado a uma *perspectiva socialista*, no qual o Estado apresentava, como seu objetivo principal, erradicação das desigualdades sociais com uma prática fundamentada na radicalidade democrática, deixou a desejar, em relação à intersetorialidade que, em momentos pontuais, permaneceu o que foi corroborado pelos depoimentos dos informantes-chave dessa pesquisa, como também por Santos (2004) que, em outro estudo, esclarece que mesmo tendo sido feito seu redirecionamento conteudístico, em 2003, o PPA teve ratificada sua proposta para uma cidade saudável, enfatizando-se a intersetorialidade, como resultado deparou-se com a dificuldade de

executar o processo descentralizado de formação dos núcleos intersetoriais, planejado por RPAs, conjuntamente com as Secretarias de Saúde, Educação, Saneamento, Planejamento e Meio ambiente, EMLURB e Política de Ação Social (SANTOS, 2004).

[...] na proposta original, os núcleos seriam descentralizados por Região Político-Administrativa – RPAs, com o objetivo de desenvolver análise diagnóstica e as ações de planejamento, integrando o ambiente com o todo que envolve a cidade, mas não tem sido fácil colocar o projeto em prática, pois a execução como núcleo ainda não aconteceu e cada secretaria continua trabalhando as suas atividades voltadas para o meio ambiente, há algumas ações integradas, mas, não a partir do núcleo. Este núcleo é gerencial, ele é um ponto de confluência na leitura do PPA, mas ele não está em nível de execução. Fica eminente sua missão no PPA em nível da formulação, mas, não em nível da execução (SANTOS, 2004, p.110).

Noutro estudo, Albuquerque (2003), desenvolvido entre maio de 2001 e maio de 2003, numa análise documental do período de implantação da Proposta de Educação Popular em Saúde no Recife e, no caso estudado, o coletivo de gerentes de Educação em Saúde da Secretaria de Saúde do Recife definiu, inicialmente, como principal problema *a precária participação popular nas ações de saúde*, com especialidade, nas ações voltadas para a educação em saúde e promoção da saúde. O Plano de ações foi construído pelo mesmo grupo, com a perspectiva de solucionar este problema (ALBUQUERQUE, 2003, p.67).

Sampaio (2006), ao analisar a política de prevenção da Síndrome da Imuno-deficiência Adquirida (SIDA/AIDS), da Secretaria Municipal de Saúde do Recife de 2001/2004, identificando sua articulação com a rede SUS e as implicações daí decorrentes, registra como resultados as seguintes observações:

A política apresentava fragilidade no enfrentamento das desigualdades de gênero; a rede de saúde mantinha o modelo tradicional de atenção, centrado na cura e na normatização de condutas, com despreparo dos profissionais para discussões sobre sexualidade, drogas, violência, gênero e forte preconceito em relação à soropositividade e diversidade sexual; as capacitações, apesar de introduzem tais temas, se davam fora da prática cotidiana, não permitindo a articulação teoria/prática; a política de comunicação se restringia a peças publicitárias em datas estratégicas e produção de materiais educativos. A formulação do plano ocorreu, a partir de uma pequena elite de técnicos especializados, externos à realidade local, o que evidenciou, a partir da categorização de Araújo e Maciel (2001), uma forma elitista de fazer política. Neste momento, não foram valorizados os conhecimentos de técnicos e profissionais envolvidos. A Diretoria Geral de Planejamento (DGP) criou uma planilha para o monitoramento das ações realizadas pela secretaria. Este instrumento foi concebido, a partir do Plano Plurianual (PPA), do qual são elencadas as principais ações previstas. Com esta planilha, são consolidadas as informações para a elaboração do Relatório de Gestão Anual. As planilhas do PPA[...]. Têm, fundamentalmente, um modelo normativo de acompanhamento da ação, a partir de um *check-list* das atividades previstas e realizadas. (SAMPAIO, 2006, p.148)

Em síntese, o processo de condução da política “Recife Cidade Saudável”, como foi nomeada pelo seu documento marco – Plano Plurianual – apesar de todos os princípios e compromissos declarados, com certeza, deve ter encontrado divergências político-ideológicas e interesses diversos entre atores ou grupos de interesse envolvidos neste processo. Ou mesmo, como assinalado por alguns informantes, por impossibilidade do implementador desempenhar as funções que deveria, decorrendo desse fato às alterações, no curso da política, em relação à sua formulação, demonstrando a incipiência do processo e a necessidade de processos avaliativos que possibilitem aprendizado e reflexão para um redirecionamento às mudanças pretendidas.

E, segundo, a racionalidade para implementação de política, ficou evidente que o processo político analisado mostrou um posicionamento entre o modelo racional mais normativo, como um modelo ideal (idealizado) que contradiz a realidade e o modelo incremental, uma visão pragmática do desenvolvimento do processo político, ou seja, um modelo misto, posicionando-se entre os dois modelos anteriores, fazendo-nos perceber a existência de governabilidade, informação teórica e normativa disponível para outra estratégia - cuidar das pessoas e fisicamente da cidade.

Em síntese, o processo da política, quanto a sua formulação e implementação foi descrito no quadro a seguir (Figura 16):

POLÍTICA RECIFE CIDADE SAUDÁVEL		
PROCESSO		
Formulação e Implementação na Visão do Grupo Governamental	Formulação e Implementação na Visão do Grupo não-Governamental	Tendências do Processo
Para os atores governistas, torna-se claro que houve mudança proporcionada no processo político quanto à formulação e implementação por esta gestão. São dados exemplos de programas, citados como marco e é reforçado mais o caráter do processo participativo e interinstitucional, necessário e exercido, em alguns momentos, mas, com lacunas e algumas dificuldades, principalmente, na parceria com as outras Secretarias e com os funcionários.	Foi reconhecida uma grande mudança inicial, mas também foi relatado um direcionamento para uma Micro-Política do setor Saúde. É ratificado este direcionamento, tanto para o processo de formulação, quanto à implementação da política, com perda substancial do ponto de vista qualitativo, ligado aos pilares basilares para a construção de uma cidade saudável – a participação e a ação intersetorial, pela mudança de ‘slogan’ “ <i>Ação por uma vida melhor</i> ”, para <i>A grande obra é cuidar das pessoas</i> .	Segundo a racionalidade para implementação de política, ficou evidente que no processo político analisado mostrou um posicionamento entre o modelo racional, mais normativo, como um modelo ideal (idealizado) que contradiz a realidade e o modelo incremental, uma visão pragmática de como o processo político se desenvolve, ou seja, um modelo misto, posicionando-se entre os dois modelos anteriores, existindo governabilidade, informação teórica e normativa disponível para outra estratégia - cuidar das pessoas e fisicamente da cidade.

Figura 16: Síntese da Análise do Processo da Política Recife Cidade Saudável

Fonte: a autora.

4.4 OS ATORES: CONJUNTOS EM AÇÃO PARA UM RECIFE SAUDÁVEL

4.4.1 A Percepção dos Informantes-Chave sobre os Atores

A análise buscou – a partir das entrevistas e dos documentos marco, contexto e processo já comentados nas seções anteriores deste capítulo – a posição de cada grupo, a partir dos seus posicionamentos frente à estratégia adotada, procurando definir o papel desses atores, o que permitiu evidenciar o desempenho em termos de viabilidade política da estratégia analisada.

Para a maioria dos gestores do setor saúde, é registrado que houve uma ampliação de fóruns para o debate da política, pois *“o conselho municipal foi fortalecido, as conferências municipais eram momentos de grandes mobilizações, a se fazia antes as conferências distritais”*. Para fora foi referido *“uma participação muito ativa da Prefeitura do Recife, no caso a Secretaria de Saúde, a mobilização política com outros secretários, fazendo um COSEMS forte frente à Secretaria Estadual da época”*. Porém, quanto à discussão da estratégia cidade saudável, junto ao COSEMS, *“o dialogo era muito mais político”*, e não no sentido de concepção de saúde, *“este dialogo praticamente não existia, cada secretaria, cada prefeitura fazia sua ação de saúde”*, ou seja, a implementação da política não era ponto de pauta. Julga-se que a discussão sobre a adoção de uma política pública saudável deveria ser *“uma proposta maior do ministério de saúde e da secretaria estadual de saúde para uma proposta pra um conjunto dos municípios”*, ressaltando o isolamento da proposta para um Recife Saudável, como não era ponto de pauta e não era missão do município, *“então a gente ficou isolado”*. Internamente, na Prefeitura, a discussão ficou *“mais no nível gerencial, por mais que tenha se discutido, apresentado proposta, não se ia discutir a proposta de “cidade saudável” a gente ia discutir o modelo que a gente ia trabalhar dentro desse modelo [...]”* e como *“esse entendimento ficou muito, mas no campo das gerencias centrais e das gerencias descentralizadas, dos distritos, é reconhecido que “evidentemente cada vez mais que você vai se distanciando do núcleo formulador, vai tornando tênue essa concepção”* (Ent. GG-02).

Para este ator, o trabalhador, médico, enfermeiro, auxiliar, etc.. eles *“tinham um território, tinham uma população, ele tinha que trabalhar aquilo ali, integralmente, dentro da*

concepção integral, da priorização da promoção e da prevenção e ia desenhar o cenário”, isso foi considerado “*ter uma concepção de cidade saudável*”. A relação de poder existente entre a prefeitura e o governo do estado através da Secretaria Estadual de Saúde da época era um “*dialogo cordial, não sendo considerada uma grande parceira naquele processo*”. Assim o dialogo era muito mais político geral com o Governo estadual e com os outros municípios. Com a sociedade civil e com os trabalhadores foi fortalecida a discussão, mas a pauta era mais no âmbito do processo de trabalho ou das questões específicas do setor. Assim, as discussões das estratégias políticas para a implementação e os recursos envolvidos da política pública para um “Recife Saudável” era mais em nível dos gerentes das outras secretarias e dos Distritos Sanitários. Concluindo-se, que no processo político, realmente como foi explicitado “*a cidade saudável não foi assumido como um todo*”, e mais “*isso não era a missão da prefeitura*”, pois o que era considerado como missão da Prefeitura era “A grande missão é cuidar das pessoas” como slogan desde o início da gestão (Ent. GG-02).

Para este outro ator governamental, discordando dos demais, são relacionadas às poucas secretarias que trabalhavam conjunta com os dois programas reconhecidos de promoção da saúde e em relação ao Plano Diretor, reconhecido como marco da proposta Recife Cidade Saudável, diz não haver participado, afirmando um reforço a uma rede técnica mais setorial e a crença que outros tentaram participar colocando a preocupação intersetorial no Plano Diretor, explicitado neste depoimento a seguir:

Existiam alguns programas que a gente tinha uma estrutura formal, uma coisa articulada formalmente, por exemplo, essa coisa da saúde ambiental, nossa relação com a EMLURB, com a secretaria de saneamento, meio que tinha um comitê, não é? Ainda, que toda parte de execução mais direta e o dia a dia eram com a secretaria de saúde, mas tinha o comitê, não sei como é isso hoje em relação ao programa. Academia da Cidade, nós fizemos uma interface positiva com a secretaria de esportes, fizemos uma boa interface com eles e também com a secretaria de educação [...] eu não participei, para ser sincero eu nem conheço muito bem o plano Diretor que foi aprovado agora, eu não sei lhe dizer, eu acredito que deve ter sido um esforço da secretaria tentar colocar isso dentro da preocupação (Ent. GG-05).

Neste outro discurso de ator governamental, fica claro o posicionamento frente às dificuldades iniciais de ampliação dos atores participantes dos fóruns criados, bem como, mesmo com a mudança do gestor do setor a ampliação conseguida e os entraves que o grande fórum, reconhecido pela maioria, como democratizante do processo – o OP, assim relatado:

[...] no primeiro ano de governo, quando a gente assumiu teve a primeira conferencia, então da pra entender que a gente não teve muito espaço de

socialização, apesar de que agente ampliou muito a participação da sociedade na primeira conferência da cidade saudável, duplicou a participação, e a gente fez grandes discussões: as plenárias distritais foram antecedidas de reuniões. Então teve toda uma discussão de ampliação [...] a população ainda é muito pouco informada e muito pouco mobilizada pra discutir as questões da saúde, porque paralelamente você tinha toda uma implantação do OP, colocando pra população qual a obra que ela queria, então pra ela era muito mais pragmático, concreto, do que uma discussão do que era uma cidade saudável. [...] no segundo ano da primeira gestão [...]. ou na segunda, foi mais ainda, porque a gente conseguiu também fazer uma participação interna dos trabalhadores e gestores[...] (Ent. GG-09).

Neste outro depoimento, é reconhecida a interação que existiu entre os três secretários que se alternaram e surge na fala um ator importante o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, e a importância dos diferentes secretários da SS/PCR, no mesmo, o que fala a favor de um papel importante como ator em um fórum nacional para conseguir apoio e também influenciar mudanças, como é explicitado:

Eu acho que o papel dos três Secretários foi muito importantes, Humberto, Toinho e Gustavo, apesar de ter tido muito troca, mas eu acho que essa troca foi minimizada pela interação que tinha entre os três. Eu acho que tem um elemento importante ai dos três pra colocar, até das discussões nacionais, de CONASEMS, discussões com outros organismos externos que a gente participava muito pouco. Tereza Lyra tem também um papel muito importante porque ela pelo comando do Programa de Saúde Ambiental tinha muito dessa rede de interação, intersetorial [...] (Ent. GG-10).

O reforço para este outro ator foi em cima do fortalecimento dos fóruns coletivos, como o Conselho Municipal e Distrital de Saúde e do engajamento dos trabalhadores para a implantação dos programas novos e o esquema era de estimular o processo de participação e também foi realizado processos de institucionalização respostas aos anseios dos trabalhadores que reforçaria as mudanças pretendidas e melhoraria o engajamento dos mesmos. Como foi explicitado:

Veja, esses também foram atores importantes, né? Em relação à população nós mudamos completamente o desenho do controle social que havia primeiro, dando efetivamente ao conselho municipal de saúde o poder de decisão sobre todas as coisas, não houve uma decisão importante da gestão, que não passasse pelo conselho municipal de saúde [...] no trabalho de formação dos conselhos distritais e, além disso, a realização permanente de reuniões, de conversas com a população, tanto para discussão da condução do sistema de saúde propriamente dito, na região, no local [...] Com os trabalhadores foi a mesma coisa, a gestão anterior, ela não tinha um diálogo franco com os trabalhadores, na verdade ela não tinha um projeto pra saúde na cidade do Recife e muito menos esse projeto tinha como referência incluir os trabalhadores na discussão, elaboração e implementação Para

isso a gente, por exemplo, resolveu alguns problemas históricos, como era a questão dos agentes comunitários de saúde, aquela cooperativa que existia, nós partimos para fazer contratação temporária, depois, agora com essa emenda de Maurício Rands, a contratação das pessoas, fizemos concurso público, melhoramos as condições salariais de todo mundo, embora não fosse o que a gente queria, mas houve uma melhora também. Mas, acima de tudo essa idéia de incorporá-los ao projeto (Ent. GG-05).

Para este outro ator informante-chave gestor, os vários programas onde se trabalhou com a intersectorialidade e com a participação, são reconhecidos, inclusive, como processo irreversível, assim relatado:

Eu acho que hoje é irreversível a forma de pensar interinstitucionalmente, essa forma de pensar em conjunto com os diversos segmentos da administração e digo até mais pensar junto com a própria população. Eu acho que esses programas, não só o PSA, o Guarda-Chuva, o Orçamento Participativo, o PACS, o PSF, tudo isso eu acho que tornou irreversível essa forma de planejar de forma conjunta, isso é perfeito, não é? Acho que o chamar a população a intervir, acho que isso também é o início para fazer uma cidade saudável, fazer a comunidade sentir-se também responsável, eu acho que isso foi um ganho. E aí eu credito não só ao PSA, seria muita prepotência, mas ao Orçamento Participativo, ao PACS e PSF, eu acho que trouxe a população para se preocupar, para reivindicar, para brigar, não é? Porque lembro que tinha momentos até assim, que se chocavam os interesses e às vezes a população cobrando uma coisa da gente e a gente de vidraça e a população na situação de pedra, situação em que ambos [...] os ânimos. E quando você sai e vai refletir, você diz meu Deus que coisa bonita, que coisa boa, esse povo tá pedindo isso, tá brigando por isso e você de repente começa [...] Eu acho que isso é irreversível, isso é um ganho fantástico e acho que o início para se construir uma cidade saudável, quando tudo mundo tomar pra si a responsabilidade de construir uma cidade saudável, é o primeiro passo [...]. Perfeito, a consciência da cidadania de cada indivíduo, que eu acho que esses programas que a gestão pública começou a implantar, eu acho que colaborou com esse resgate da cidadania, esse resgate ou sei lá o nascimento da cidadania. Eu acho que isso é importante, acho que estamos começando a pensar em uma cidade saudável, a partir dessas coisas, agora me lembro do que tem que ser feito. Não dá para falar em uma cidade saudável com trinta por cento de saneamento, isso não existe [...] (Ent. GG-06).

Este ator reconhece a população como ator dos processos de decisão quando no OP se trabalhou de forma diferente ao governo anterior e se implementou uma mudança em relação à representação e considerou um desafio trabalhar com a organização autônoma da sociedade, além de explicitar a ampliação da participação com a criação dos diversos conselhos e das diversas conferências e mesa de negociação como é relatado a seguir:

[...] o Orçamento Participativo com uma estrutura aberta e amplamente representativa. Antes de 2001 eram eleitos os delegados, que aprovavam as ações prioritárias. Hoje, é a base que aprova as ações prioritárias e elege, no mesmo momento, os delegados, que irão acompanhá-las. E qualquer grupo de cidadãos,

reunido, pode eleger o seu delegado, o que é um desafio á organização autônoma da sociedade, livre de qualquer influência de grupo [...] dinamizamos os Conselhos que existiam. Criamos diversos Conselhos, como o da Mulher; realizamos Conferencias Municipais e no OP os Fóruns Temáticos que teve aprimorada a sua representatividade. Tudo isso sem falar nas audiências públicas convocadas por vereadores da nossa base aliada ou pertencentes às forças políticas da oposição [...] Criamos Mesa Permanente de Negociação, para discutir salário e melhores condições de vida e trabalho, entre muitas outras ações. [...] Realizamos concurso público em diversas áreas como educação, saúde, jurídico, ampliando o quadro [...] Também implantamos um novo e melhor sistema de assistência médica e previdência, Recife Saúde e Reciprev [...] (Ent. GG-08).

Para um representante do grupo não governamental, em contraposição aos depoimentos em reconhecimento à estratégia de “Cidade Saudável” é explicitada a inexistência de política pública para promoção da saúde e em relação aos atores, reconhece que está existindo potenciais atores que demandaram esta política na sociedade e que, no território de trabalho, com os alunos, este desconhecimento é confirmado:

A gente não vê estratégias de promoção de saúde bem definidas a serem trabalhadas no território, se existem não estão nos territórios onde eu levo os meus alunos [...] Eu vejo muitas iniciativas e grupos que tem potencial muito grande se eles conseguirem se articular e fazer essa pressão [...] você veja porque a política de saúde da mulher ela tem uma expressão tão importante, ela é tão organizada no serviço, o grupo de mulheres tem pressionado justamente pra isso, a historia, e a nossa experiência nos indica que é esse o caminho (Ent. GNG-03).

Para outro ator não governamental informante-chave e partícipe de um dos fóruns formulador de política – o Conselho Municipal reconhece internamente à Prefeitura vários secretários envolvidos, bem como a participação da academia e de outros órgãos da sociedade civil envolvidos com a política “Recife Cidade Saudável”, bem como a fragilidade do processo devido à alternância de gerentes, considerado ponto falho do processo, assim relatado:

Naquele primeiro momento os grupos envolvidos, político partidários, academia, eu vejo muito a presença de Zé Luiz como “o sabido”, eu não ficava muito próximo a ele, mas eu achava que ele dava o norte, as opiniões dele eram muito valorizadas e um momento de sintonia, todo grupo e o grupo absorve imediatamente as idéias, coloca no papel, tem um plano de ação, e isso é levado pra dentro da gestão de João Paulo como um todo e quando isso chega para uma Tânia Bacelar que tinha um poder de vocalização muito bom na gestão [...] já dentro do governo muitas vezes era o próprio Humberto mesmo, era Toinho que falava que foi adjunto de Humberto, no primeiro momento, ela foi uma das pessoas que absorveu naquele momento e agregou as idéias dela, e o pessoal da educação no primeiro momento, com Edla, que foi muito importante, se a secretaria de educação não tinha

elementos digamos assim, não tinha o pessoal e infra-estrutura pra contribuir no processo, mas nas discussões ela deu uma contribuição muito importante e o pessoal de saneamento [...] Então nesse primeiro momento como o grupo estava em sintonia e essas idéias eram muito fortes conseguiu-se montar um plano que você olhava pras secretarias e dizia que não tinha política de secretaria nem de governo, era política de estado, a nível municipal, [...] A participação dos trabalhadores nisso foi muito intensa, seja através das corporações, ex: o pessoal do sindicato do médicos, os estudantes, o pessoal de odonto, de fisioterapia [...] O movimento social eu penso que tenha alguns grupos que lideraram com muita lucidez esse dialogo, porque tinha acúmulos muito interessantes, o movimento de mulheres, o movimento homossexual, os grupos que trabalham com saúde ambiental [...] o pessoal que fica em torno da ASPAM, eu penso que esses grupos tinham um pouco mais de lucidez (Ent. GNG-04).

E são reconhecidos como os setores mais envolvidos:

Os setores que ficaram mais envolvidos com cidade saudável foram o planejamento, serviços públicos, planejamento com Tânia Bacelar, ela foi fundamental na criação de saúde ambiental, serviços públicos; Jose Ailton, saneamento, com Miranda no primeiro momento (Ent. GNG-04).

Fica claro nesta fala de ator não governamental o reconhecimento de atores que seriam relevantes para o processo de mudança política que era necessário ser assumido e a críticas aos encaminhamentos feitos para a implementação da mesma, se posicionando contrário a tudo o que foi considerado mudança para uma qualificação do processo coletivamente formulado:

Tudo isso tinha que ser tratado, enfrentando a cultura política tradicional, que inclusive, tava com um viés privatista fortíssimo, herdado daquele contexto. Então, eles tinham que enfrentar isso, se não eles iam ter, iriam ter que renovar, ter que conseguir uma grande mobilização os conselhos e dos conselheiros. E o trabalho de voluntários, você sabe que na primeira gestão, Vando, o Evaldo Nogueira, que foi do Josué, Até ficou responsável por coordenar os voluntários, A prefeitura do Recife, chegou a ter dois mil voluntários inscritos pra contribuir com essa “ação por uma vida melhor”... O trabalho do orçamento participativo virou um lugar para a formação de base eleitoral, na minha avaliação, ele não trabalha a cultura política da participação, os conselhos ficaram tão ineficientes, quanto os da gestão anterior, inclusive o conselho de saúde, o conselho de educação continua muito tradicional. E, os movimentos sociais de moradia, tiveram, que eu acho que tem diretamente haver a luta por moradia, vínculo com saúde, porque envolve saneamento e saneamento envolve lixo, água, esgoto, né, todas essas coisas. Esse setor bateu logo de frente, do começo do primeiro mandato até o meio do primeiro mandato, foi uma crise profunda [...] Não teve discussão sobre política pública com a população, o O.P, reduziu a discutir obras, nunca discuti política pública, em momento algum, é um dos maiores desperdícios, desse ponto de vista, né? Do ponto de vista da prefeitura, muito eficaz, porque as RPAs, elas garantiram a reeleição sem dívida e o pior é que o administrador, e eles acreditam nisso, dividiu a cidade em RPAs e tratam as RPAs como movimento social. Até a coordenadoria, eu pego briga com as meninas e sabe o que elas me dizem, não, mas você tem que pensar do ponto de vista do gestor, do ponto de gestor é muito bom. Agora tem as regiões político-administrativas, tiram representantes políticos, que são mais considerados

na interlocução, do que os movimentos sociais [...] Você lidar direto com as comunidades, claro, comunidade desinformada, um bando de gente pra disputar, se eu quero meu poste ou eu quero meu banco de praça, que o que ganhar ali tá feito. Primeiro eles vão brigar pelo mínimo, não discutir política pública mesmo e o prefeito faz como quer as coisas e a comunidade se sente participando e feliz, porque conseguiu a praça, conseguiu a outra, conseguiu o calçamento da rua tal que não tinha, a outra não sei o que, pronto. Isso é opção, querida. É opção, é opção mesmo, opção ideológica [...] E elas me dizem, ah é porque vocês não entendem, vocês não estão na gestão, pra o gestor é melhor a gente lhe dar direto com as comunidades, sem passar pelos movimentos, os movimentos dão muito trabalho (Ent. GNG-06).

Este ator ao dar seu depoimento sobre o processo reconhece vários atores, fóruns criados ou estimulados e ampliados que participaram deste processo, além do Próprio OP e de seus delegados, e a própria população no geral, inclusive reconhece a necessidade de capacitação para melhor desempenhar o seu papel que é visto como um processo de cultura política cidadã e não mero controlador de obras. Processo esse que é considerado institucionalizado e admite ser irreversível um desmonte do mesmo e assegura a recondução da mesma Frente de Esquerda, para o próximo pleito, assim relatado:

Eu vejo esse processo sempre na busca de se fazer as coisas coletivamente porque a gente sempre teve as conferências municipais de saúde, mas com essa idéia da cidade saudável se deu mais ênfases a essas conferências municipais, se divulgou mais, se colocou mais a população pra participar dessas conferências municipais e isso levou a uma certa consciência nas pessoas no sentido de que elas também podem gerir saúde institucionalizada. Depois veio a questão do conselho municipal de saúde, que sempre existiu, existe o conselho municipal de educação, o fórum de desenvolvimento urbano, existem os conselhos tutelares que também tenta colaborar com isso [...] na cabeça do cidadão comum é saúde, e aí ele pensa em saúde só aquilo que está ligado à medicina e muitas vezes esquece que esportes também é saúde, cultura também é saúde, então um pouco do que é esta concepção ainda muito restrita do que é cidade saudável, eu acho que sempre quem puxou mais a discussão foi a área de saúde, embora que os outros também vinham através de outros projetos com o lazer [...] a questão da capacitação, não só pros delegados, mas pra todas as pessoas que estão envolvidas no processo, no sentido de que orçamento participativo, a idéia não é que seja só um espaço pra se discutir obras ou ações, mas deve ser um espaço de controle de poder público, de acompanhamento das verbas públicas, tem que se investir nisso, até porque, se as pessoas estão conscientes dos seus papéis [...] o ideal é que fosse pra população geral, mas como é difícil pelo menos pros delegados porque a cidade hoje esta muito voltada pro orçamento participativo, esse ano é ano de eleição e eu acho difícil qualquer corrente partidária que venha assumir que não seja PT, barrar esse processo, porque ele já esta enraizado, ele vai sempre ouvir a população, conseguiu ser institucionalizado, agora a população tem que ter a consciência que ele não ta pedindo favor, ele ta decidindo e ela esta sendo parceira, que tem direito e deveres (Ent. GNG-07).

Neste depoimento não se destaca o principal ator até por desconhecimento do processo que se passou na Prefeitura do Recife e também no Estado, com os cinco municípios do

Agreste, mas, cita o Secretário de Saúde, e ao dizer que esta discussão nunca foi trazida ao Colegiado de Secretários Municipais, também reconhece o COSEMS como um ator importante que não foi, nem está sendo levado em conta no processo para o estado como um todo. E, também, reconhece os Núcleos de Saúde Pública e Desenvolvimento Social (NUSP) da UFPE e o Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva (NESC) do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – CPqAM / FIOCRUZ-PE, como atores que estão no processo, mas que não estão fazendo as articulações necessárias, colocado foi relatado:

[...] mesmo sendo Gustavo Couto tinha um relacionamento muito bom com Gustavo e o Diretor também, agora mesmo viemos de um congresso nacional em Belém, mas não me lembro de uma discussão desse ponto de vista de município saudável, nunca foi ponto de pauta, nem no segundo mandato, assim a gente não chegou a essa discussão de cidade saudável, eu me lembro da Conferência do Recife, não sei se participei dela, não me lembro, e não, tive na Nacional, não me lembro na pauta nada específico a cidade saudável [...] No colegiado dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, não foi, nunca procuraram colocar esse movimento na discussão. Nisso eu questiono também na política de saúde em geral que você direciona as coisas, só para quem tem aquela informação é que vai participar daquilo [...]. Não existe uma socialização dessa informação desse programa, eu teria que ir ao NUSP procurar saber e tal e ver como é que vou me engajar, quando acho que tinha que ser o contrário, se existe uma intenção da universidade procurar em todo encontro de secretário a gente marca é comunicado a todas as entidades de formadores [...] a gente devia ter uma participação maior até o NESC junto do... (Ent. GNG-08).

As estratégias adotadas pelos diferentes atores para assegurar a viabilidade da política variam. Internamente a cada secretaria se trabalhou com a estratégia de cooperação, com para alguns utilizando a radicalização para os processos democráticos e para outros atores gestores houve divergências quanto à estratégia assumida para o maior fórum de fomento a participação nesta gestão – o Orçamento Participativo, se para uns foi aprimorado o processo de estímulo a cooperação, para outros não passou de uma estratégia de cooptação da sociedade que não está preparada para reconhecer os direitos e se conforma com o mínimo colocado em discussão. E, frente ao ator estado, houve uma convivência de cortesia, mas não de cooperação frente à proposta Recife Cidade Saudável. Quanto aos órgãos colegiados da saúde estadual e nacional – COSEMS E CONASEMS – e o próprio Ministério de Saúde, não se colocaram como coadjuvantes do processo por uma visão restrita da proposta.

Esta análise também deixa evidente a grande fragilidade do processo gerada pelos remanejamentos dos atores-chave tanto das Secretarias formuladoras com evidente direcionamento para as atividades intrínsecas de cada secretaria. Assim, a saída do Secretário

de Saúde, da Secretária de Planejamento, do Secretário de Serviços Públicos, e do de Saneamento, por diversas razões, inclusive pela convocação para compor a equipe do recém eleito Governo Petista no nível Nacional. Vale ressaltar que as ascensões de pessoas desta gestão municipal quando no nível de governo federal não deram continuidade a proposta para o processo para o país como um todo evidenciando a falta de incorporação da estratégia ou de preparação para o desenvolvimento da mesma.

A análise dos conjuntos em ação que se estruturam, formalmente ou informalmente, nos ajuda a vislumbrar as redes sociais com as quais houve ou não articulação. Assim, a representação, em um sociograma, esboçado abaixo, revela que, a elevada gama de atores, inicialmente, contracenaram de forma diversificada. Para os considerados afins frente à política, não foram fortalecidos os elos e assim, houve fragmentação, além de não se ter buscado a cooperação ou persuasão dos indiferentes e ou dos que tinham propósitos comuns, mas estratégias diferentes. O opositor reconhecido como o gestor estadual por ser único, não poderia ser o empecilho à consecução da proposta. Vale ressaltar que tanto os trabalhadores, como a população em geral, muitas vezes, também, se comportaram como opositores demonstrando a real necessidade do aprofundamento da ação intersetorial e participativa para a construção da estratégia Recife Cidade Saudável.

SOCIOGRAMA – RECIFE CIDADE SAUDÁVEL Período 2001-2004	
Considerados afins das propostas os seguintes atores: 1. PREFEITO; 2. CONSELHOS MUNICIPAIS; 3. ACADEMIA (NESC); 4. MOVIMENTOS SOCIAIS 5. DELEGADO DO PROGRAMA ORÇAMENTO PARTICIPATIVO 6. SECRETARIAS: SAÚDE, PLANEJAMENTO, EDUCAÇÃO, SERVIÇO SOCIAL, SERVIÇOS PÚBLICOS 7. EMLURB 8. CODECIR 9. CRAS 10. MINISTÉRIO DA SAÚDE 11. ASPAN 12. SS/PCR: GERENTES DO NÍVEL CENTRAL E DISTRITAIS;	Considerados indiferentes ou alheios à proposta: 13. COSEMS; 14. CONASEMS; 15. CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE; 16. MÉDICOS, ENFERMEIROS E DENTISTAS DO PSF; 17. TRABALHADORES DA PREFEITURA 18. AMUPE 19. USUÁRIO DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE
Considerados opostos à proposta: 20. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE;	Considerados terem estratégia diferentes: 21. OMS/OPAS 22. AIPS/JICA 23. CEPEDOC CIDADE SAUDÁVEL 24. CEDAPS 25. ACADEMIA (NUSP). 26. ORÇAMENTO PARTICIPATIVO 27. COMUNITÁRIOS DAS RPAS 28. TRABALHADORES DA PREFEITURA

Figura 17: Sociograma – a posição dos atores em relação à política
Fonte: a autora

A compreensão desse panorama ajudou a ratificar uma parcialidade e ou fragilidade da viabilidade da política em questão, os atores demonstraram pouca compreensão sob a concepção da política de promoção e da estratégia Cidade Saudável e pouca articulação tanto interna, mas, principalmente externa, para o desenvolvimento do processo a ser implementado, não possibilitando um acúmulo de forças em prol da política em questão.

O quadro abaixo (Figura 18) sintetiza a análise sistêmica realizada dos atores que em seus conjuntos em ação ajudaram ou não a Política de Promoção e a estratégia Recife Cidade Saudável ser institucionalizada.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA RECIFE CIDADE SAUDÁVEL		
ATORES		
Principais atores institucionais identificados	Estratégia de mobilização predominante	Análise da viabilidade da política
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conselho Estadual de Saúde; 2. Conselhos Municipais; 3. COSEMS; 4. CONASEMS; 5. Secretaria Estadual de Saúde; 6. Ministério da Saúde 7. Gerentes do nível central e Distritais; 8. Prefeito; 9. Outros secretários: planejamento, educação, Serviço Social, 10. Médicos, Enfermeiros e Dentistas do PSF; 11. Academia (NUSP/NESC). 12. Movimentos Sociais 13. Delegados do OP 14. Comunitários das RPAs 15. Trabalhadores da Prefeitura 16. Usuários dos Programas e serviços 17. ASPAN 18. AMUPE 19. OMS/OPAS 20. AIPS/JICA 21. CEPEDOC Cidade saudável 22. CEDAPS 	<p>As estratégias variaram de cooperação em um momento inicial para um processo mais interno não utilizando estratégias para os atores mais indiferentes e ou com proposta diferente da estratégia inicialmente assumida para cooptação ou mesmo de omissão frente ao processo a serem desenvolvidos de forma intersetorial e interinstitucional para a institucionalização e sustentabilidade da Política Recife Cidade Saudável.</p>	<p>A compreensão desse panorama ajudou a ratificar uma parcialidade e ou fragilidade da viabilidade da política em questão, os atores demonstraram pouca compreensão sob a concepção da política de promoção e da estratégia Cidade Saudável e pouca articulação tanto interna, mas, principalmente externa, para o desenvolvimento do processo a ser implementado, não possibilitando um acúmulo de forças em prol da política em questão.</p>

Figura 18: Síntese da análise dos Atores envolvidos com a política
Fonte: a autora.

4.4.2 Conjuntos em Ação na Redefinição dos Processos Políticos: Encerrando o Método para o Despontar da Criatividade

Os depoimentos, paradoxais entre si, foram selecionados a partir dos resultados das análises das entrevistas que conformaram os *tetralemas*, na busca de “uma assimetria tática, a partir de uma simetria estratégica, fechando o método para abrir para a criatividade social” (VILLASANTE, 2006, p.416). E, como as sociedades não mudam com grandes discursos, mas sim com práticas que vão se impregnando na vida cotidiana, percebe-se que as iniciativas saudáveis, como ações complexas, demandam tempo e trabalho, assim é necessário explicitar

sobre quais são as reflexões proposta para conseguir qualidade de vida, originadas a partir de 2001 pela Cidade do Recife, trabalhadas nesta tese.

Assim, com os tetralemas (Figuras 19, 20 e 21, no Apêndice F) além de apresentados e expostos em *flipper sharp*, como produto das entrevistas para o exercício de uma *reflexividade criativa* (VILLASANTE, 2006, p.182), na qual, coletivamente, foram apresentadas e consideradas as falas mais discrepantes no sentido de fazer emergir todas as possibilidades de saltos a todos os bloqueios apresentados, como mais relevantes, para a construção de um Recife Saudável, para o único conjunto em ação participante da oficina, apresentou as seguintes respostas, reflexões e recomendações, abaixo relatadas.

4.4.2.1 No plano do conhecimento: concepção da estratégia cidade saudável

As falas dos atores informantes-chave, nas entrevistas, ao expressarem a concepção do objeto em foco nesta tese, ou seja, uma política de promoção da saúde e da estratégia de cidade saudável, respondem sobre *o que* se estava trabalhando e apresentou uma variação que não pode ser considerada divergente, mas, complementares. Porém, umas partiram de uma visão mais restrita ou setorializada, outros, na sua maioria, reconhecem a grande importância de um dos princípios pilares para esta estratégia, que é a intersetorialidade, outros, reconhecem que a questão primordial para a construção de uma cidade saudável passa pela sua sustentabilidade política e reconhece a cultura política para a construção da cidadania para cidadãos ativos como concepção de uma cidade saudável.

Essa diversidade expressa o envolvimento de diferentes atores sociais em situação, portadores de diferentes projetos e dimensões ideológicas. Para uns, ao se estruturarem na lógica da atenção às necessidades para uma vida saudável para a população, optam pela concepção que implica em uma nova organização política e de práticas voltadas para uma mudança cultural, expressando uma dimensão cognitivo-ideológica que exige a produção e utilização de conhecimentos e técnicas coerentes com o projeto da produção social no campo da saúde (MENDES, 1999). Esta construção social de uma cidade saudável está embasada nas três categorias centrais objeto deste momento da investigação: a concepção da política e

da estratégia cidade saudável, a epistemologia que orienta o processo político de organização e, a prática ou ação como expressão da utilização coerente das técnicas.

Para Gurgel (2007), a produção científica é um dos ingredientes que podem gerar grande diferenciação no processo político. Particularmente nos dias atuais, em que se observa uma crescente participação da sociedade e os gestores parecem estar mais abertos à oportunidade de traduzir o arcabouço científico no modo de fazer as políticas.

Aproximando-se do conceito de *Política Pública Saudável*, introduzido desde 1984, que a partir da Conferência Canadense, intitulada *Alcançando Saúde para Todos*, evidenciou a importância das políticas externas ao setor saúde para o delineamento da situação da saúde num determinado contexto, salientando, assim, a *intersectorialidade* necessária à promoção da saúde, foi o enfoque apresentado pela maioria dos atores, que foi condensado no depoimento a seguir:

A minha concepção é a seguinte, a concepção de cidade saudável foi o primeiro marco ou referencial inicial da proposta política para Recife. O nosso entendimento é investir na questão da integralidade da ação em saúde. O objeto saúde não pode ser um único tópico, mas vários tópicos e dentro dessa integralidade o papel de promoção em saúde, certo? E aí em paralelo ao processo de promoção, integralidade tem a questão da intersectorialidade da ação em saúde (Ent. GG-02).

Outros enfocaram o conceito de *Cidade Saudável*, também introduzido desde 1984, que permite a valorização da *participação* da comunidade na determinação da saúde, favorecendo as idéias de *descentralização das decisões* (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1984), ressaltando o aspecto da *sustentabilidade política a partir da participação*, neste depoimento demonstrado:

Temos também buscado trabalhar com a perspectiva da promoção da saúde fazendo um pouco a crítica à concepção mais dominante que a organização mundial da saúde faz desse conceito, [...] a participação social, o controle social é extremamente secundarizado dentro das políticas de formação da saúde pela própria OMS (Ent. GG-10).

Para alguns, o enfoque conceitual foi direcionado à *mudança de hábitos, ou do cuidar e usufruir do ambiente*, resgatando as recomendações do Relatório Lalonde, que desenvolve a compreensão da saúde conforme o tripé: biologia humana, ambiente e hábitos de vida em oposição à abordagem clínica, restrita à esfera individual, responsabilizando as pessoas por seus adoecimentos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986):

Uma cidade saudável é muito importante pra todos nós. Saudável é a saúde da gente, é fazer coisas pra beneficiar nossa saúde. Caminhar e esta convivência que nós temos aqui no Academia da Cidade são muito importantes e faz muito bem à saúde da gente [...] (Ent. GNG-02).

[...] gosto do tema promoção a saúde, eu acho mais adequado e um pouco amplo mais eu posso delimitá-lo melhor, ou seja, promoção a saúde como programa da academia da cidade e visando a parte de alimentação saudável e a parte atividade física e do lazer [...] (Ent. GG-13)

Para tanto, a construção do *tetralema* da concepção da política de promoção da saúde e da estratégia cidade saudável (Apêndice E) buscou contemplar todos esses enfoques que resgata os elementos dos cinco eixos (construindo políticas públicas saudáveis; criando ambientes favoráveis; reforçando a ação comunitária; desenvolvendo habilidades pessoais; reorientação dos serviços de saúde) da Carta de Ottawa (1986) e se complementam entre si.

Assim, parece que a polissemia que envolve a concepção sobre a política de promoção da saúde e a estratégia de cidades saudáveis foi impregnada pelo que foi definido como princípios a partir da primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em novembro de 1986. Apresenta, na sua Carta de Intenções, que foi proposta para contribuir para se atingir Saúde para Todos no Ano 2000 e nos anos subsequentes. Assim, parece que está cumprindo o seu objetivo.

Quanto à concepção da estratégia cidade saudável, no fórum da oficina de devolução, percebe-se a ratificação de um dos enfoques que surge na análise da concepção sobre *promoção da saúde e da estratégia cidades saudáveis* para o âmbito da Prefeitura do Recife no período de 2001 a 2004, na vigência da primeira gestão da *Frente de Esquerda no Recife* capitaneada pelo Partido dos Trabalhadores é o de desenvolvimento do *eixo da radicalidade democrática em que a população seja instigada e esteja praticando a sua participação*, portanto um reconhecimento ao pilar do *reforço a ação comunitária* proposto na Carta de Ottawa (1986) onde *a promoção da saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino*, onde o poder público age no sentido de fortalecer esse processo participativo, relatado nas falas abaixo.

Primeiro, aqueles eixos da radicalidade democrática: pode-se imaginar uma Cidade Saudável sem que a população não seja instigada e ao mesmo tempo não esteja praticando a sua participação? E, como efetivamente o poder público deve agir neste caso, haja vista que existe o próprio movimento da sociedade, mas ele se desenvolve, se fortalece quando o terreno é mais propício. Eu creio que estamos em evolução neste processo e a evolução traz conflito (Devolução: conjunto em ação).

A promoção da saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino. O desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986).

Para a consecução deste conceito, as recomendações na Carta de Ottawa passam pelos *recursos humanos e materiais nela existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado*, o que também é ratificado neste momento de reflexão criativa onde se coloca como efetivamente o poder público deve agir neste caso, haja vista que existe o próprio movimento da sociedade, mas ele se desenvolve, se fortalece quando o terreno é mais propício. E é avaliado que todos os esforços falam a favor de uma evolução para este processo até pela emergência dos conflitos *Eu creio que estamos em evolução neste processo e a evolução traz conflito*. Portanto, a busca é de um novo caminho de relacionamento humano e, ao mesmo tempo de desenvolvimento como foi colocado pelo Terena (2003) e este caminho é para a qualidade que só é expressa por imagens que passam pelo conhecimento mitológico e poético e para tal segundo Morin (2003), é necessário o rompimento do princípio do conhecimento desenvolvido pela ciência até metade desse nosso século, que se pautava pela separação do homem (sujeito) da natureza (objeto), significando que nós temos o conhecimento objetivo porque eliminamos a subjetividade. Necessitamos, pois, de um *Le rendez-vous* (CESAIRE,

1994), de um encontro, um compromisso de dar e do receber ao mesmo tempo. E, por esta razão necessitamos de uma mudança, de uma reforma do pensamento que requer uma revisão ou reforma do ensino (MORIN, 2003).

4.4.2.2 O Plano das Políticas: o processo político

A construção da cidade saudável pode ser olhada como expressão de um processo que vem buscando uma nova direcionalidade que rompe com a setorialização fragmentada e internaliza a situação em sua integralidade. Assim, é na teoria da produção social, com outra epistemologia, proposta por Matus (1987), que numa visão *estruturante no campo da saúde e estratégica*, na qual a situação deve ser analisada a partir dos três níveis da realidade - dos fluxos de produção dos fatos; das fenoe estruturas e das regras básicas do sistema. Esta abordagem rompe com o conceito restrito de *produção normativa e econômica* e introduz o de *produção social*, que articula as dimensões: política, organizativa, ideológico-cultural e cognitiva, no qual, a saúde está em permanente transformação. A interdisciplinaridade, no campo do conhecimento, é um requisito para a superação da fragmentação e que deve integrar a acumulação ou des-acumulação dos atores sociais em ação na produção da saúde, da qualidade de vida e do desenvolvimento local.

Respondendo ao *para que e para quem*, ou epistemologia que respalda a concepção e orienta o fazer, para este grupo investigado, foram apresentadas quatro posições que possibilitaram conformar um segundo *tetralema* (Apêndice F). Para uns, uma visão de mudança de processo político ficou evidente, corroborando toda a análise apresentada anteriormente nesta tese (capítulos 3 e 4). O processo: caminhos e descaminhos para um Recife Saudável (*op.cit.* 181p.), mostrou que o processo de formulação e implementação da política analisada variou segundo uma racionalidade para implementação de política, entre o modelo racional mais normativo, como um modelo ideal (idealizado) que contradiz a realidade, e o modelo incremental, uma visão pragmática de como o processo político se desenvolve, ou seja, um modelo misto, posicionando-se entre os dois modelos anteriores existindo governabilidade, informação teórica e normativa disponível para outra estratégia - cuidar das pessoas e fisicamente da cidade.

As falas selecionadas para a construção deste segundo *tetralema* buscou ressaltar os seguintes paradoxos de leitura sobre o processo vivenciado:

- O sim: uma profunda mudança de processo de decisão e condução da política:

Considerou-se assim, um grupo que tinha uma posição classificada como reconhecendo uma profunda mudança de processo de decisão e condução da política para a sua implementação como de grande avanço, inclusive, sendo o processo reconhecido como de uma macro política de estado, onde a estratégia, em relação aos diferentes atores foi do tipo de cooperação na busca do reforço ao processo democrático para as decisões junto aos trabalhadores e a sociedade civil com ampliação de fóruns, evidenciando um real e radical processo democrático (MATUS, 1989).

A discussão interna sobre o próprio contexto e o projeto de governo era a construção de uma cidade saudável, economicamente equilibrada e socialmente saudável [...]. Nós tínhamos regularmente reuniões de governo onde a gente discutia todas essas questões, esse era o fórum interno. [...] O fórum mais ampliado, a criação do fórum da Secretaria de Orçamento Participativo também foi muito importante porque aí houve realmente a discussão e estabelecimento de prioridades, a discussão com a comunidade (Ent. GG-01).

A participação da sociedade nas nossas gestões começou na própria campanha eleitoral, com uma forte presença das mais diversas representações, influenciando o perfil dos nossos programas de governo. Continuou quando assumimos a Prefeitura com o fortalecimento dos canais institucionais [...] criamos o Orçamento Participativo com uma estrutura aberta e amplamente representativa. Antes de 2001 eram eleitos os delegados, que aprovavam as ações prioritárias. Hoje é a base que aprova as ações prioritárias e elege, no mesmo momento, os delegados, que irão acompanhá-las [...] (Ent. GG-08).

- A negação da estratégia: uma micro-política dos vários setores da Prefeitura:

Para outro ator, o processo político foi caracterizado como uma micro-política do setor saúde, tanto do processo de formulação, como de implementação da política inclusive com perda substancial do ponto de vista qualitativo ligado aos pilares principais para a construção de uma cidade saudável – a participação e a intersetorialidade. Reconhece o conflito interno quando o Programa OP, como instrumento do processo democrático aperfeiçoado por esta gestão, ao invés de fortalecer, fragiliza a proposta para uma cidade saudável, cuja estratégia é de cooptação para ganhos eleitoreiros futuro com ações pragmáticas e concretas de obras, como foi ressaltado:

Mas eu não tenho a informação, é aquilo que eu lhe disse, nós não definimos uma meta, nem uma diretriz clara para criar uma base social, tanto externa como interna, os outros podem até ter feito isso [...] nisso a gente não avançou muito, no sentido de, eu me considero até responsável, que era um corre-corre tão grande certo? No sentido de ter uma meta, ou um objetivo ou uma diretriz, ter objetivos e metas que pusesse o foco na construção de uma base social, que dê sustentação a um novo entendimento de direitos humanos, com fundamento de uma cidade saudável [...] (Ent. GG-03).

- O Sim e Não: existia governabilidade, mas a proposta era outra

Referendada por uns, mas, desconhecida e / ou reconhecida como uma política setorizada e voltada para uma boa administração das necessidades básicas, para outros. Para alguns, com governabilidade, informação teórica e normativa disponível para diversos cursos de ação, adaptação e flexibilidade, mas que não avançou na democratização explicitada nos documentos, assim explicitado:

[...] Mas como elemento de cidade saudável não, porque, até o nome de cidade saudável, ele não era assumido dessa forma. Ele aparece neste nível de formulação [...] Eles não assumem isso muito mais uma cara própria de dizer assim: é um eixo que a gente tem como referência. [...] ele não aparece operacionalmente, é por esse fato que Recife não tem participado da Rede de Municípios Saudáveis (Ent. GG-10).

Cidade saudável nunca foi discutida não [...] agente trabalhou com três direções: promoção da saúde, cidade saudável e vigilância da saúde [...] a cidade saudável é um movimento de todo o governo, é capitaneada por metas voltadas para condição de vida e saúde, mas que na verdade o carro chefe de todo processo é uma gestão da saúde (Ent. GG-09).

- Nem sim para os setores e nem não para o conjunto do governo:

Para outro conjunto de atores, expressa que a visão incremental ocorreu mais para o setor saúde e relatam os vários fóruns criados e a busca de uma mudança mais numa visão setorizada, mas também com deficiências e, fez com participação, mas, sem preparação.

Nós não temos gestores capazes de transformar uma agenda de demanda expressas pela população numa matriz de ações intersetoriais que leve à qualidade de vida. E, a gente não ta fazendo isso porque as pesquisas estão sendo feitas até agora estão mostrando isso e eu interpreto que essa questão, eu analiso que a causa disso só pode ser a falta de capacitação para a tomada de decisão nesta área (Ent. GNG-07).

Na análise das entrevistas os depoimentos sobre o processo político variou, para os atores governistas, de uma mudança proporcionada no processo político formulado e implementado por esta gestão e são dados exemplos de programas citados como marco e reforçado mais o caráter de processo participativo e interinstitucional necessário e exercido em alguns momentos, mas, com lacunas e algumas dificuldades principalmente junto às outras secretarias e com os funcionários, para, na visão do grupo não governista, o reconhecimento de uma grande mudança inicial, mas reconhecem uma mudança interna de direcionamento para uma micro-política do setor saúde, ratificam este direcionamento tanto para o processo de formulação, como para a implementação da política com perda substancial do ponto de vista qualitativo ligado aos pilares principais para a construção de uma cidade saudável – a participação e a intersectorialidade explicitado pela mudança de ‘slogan’ antes era “Ação por uma vida melhor” para “A questão é cuidar das pessoas”.

E, sobre as propostas, planos e medidas que correspondam às necessidades e anseios quer da população, quer de grupos determinados, que se expressam como conteúdo desta política. Foram referendados os documentos que em seu conjunto foi considerado “adequado a uma perspectiva socialista, onde o Estado apresenta como seu objetivo principal eliminar as desigualdades sociais, colocadas como problemas”. Estes são apresentados a seguir:

Programa de Governo da 1ª Gestão; Plano plurianual –PPA (1ª. Gestão); Plano Diretor do Recife (2004); Orçamento Participativo do Recife (OP); Guarda- Chuva - Programa de Contensão dos Morros; Plano Municipal de Saúde (2002-2005); Programa da Academia da Cidade; Programa da Saúde Ambiental (PSA); Programa de Saúde da Família (PSF); “Programa + vida” (saúde mental/redução de danos); Programa de Combate a Filariose; V Conferência Municipal de Saúde do Recife: “Construindo uma cidade saudável: descentralização e integralidade como caminhos; Proposta Municipal de Educação popular em Saúde; Modelo de Atenção à saúde para o Recife: construindo uma cidade saudável; VI Conferência Municipal de Saúde do Recife (*op. Cit*, p.160).

As reflexões de segunda ordem sobre o processo para a formulação e implementação da política analisada, nesta oficina, reforçaram mais o aspecto negativo, apesar de reconhecer os processos mais democratizantes em algumas secretarias, com ênfase na pasta da saúde, a posição do sim e não respectivamente, como é demonstrado nos depoimentos a seguir:

Ao mesmo tempo você veja que, na Câmara dos Vereadores, como é que é discutido um PPA na Câmara dos Vereadores? Os do governo vão na tribuna, explicitam, dizem o que é que existe de novo, chamam atenção do assunto, mas não existe um bom debate. O PPA então fica como: o governo ganhou, foi aprovado. O documento fica como se tivesse amplamente discutido. O PPA, quando chega numa Câmara

dos Vereadores deveria exatamente, o papel do legislador, era de instigar audiências públicas para permanentemente está discutindo o PPA e acompanhado se o gestor está efetivamente cumprindo aquilo, que, na lógica de um projeto como esse, que é a lei principal [...] são as duas leis: é esta do Plano de Orçamento Anual e os ajustes no Plano Plurianual que se faz. Ora, e o orçamento em si, se deve refletir o Plano de Diretrizes Orçamentárias [...]. É então, por exemplo: o PPA da administração de João Paulo, o primeiro, chegou ao ano de 2001 e, portanto passaria a funcionar de 2002 a 2005. Portanto esse Plano, eu acredito, foi inovador (Devolução: conjunto em ação).

A gente precisa voltar a algumas idéias, comportamentos de 2001, 2002 até 2003. A questão da saúde para fortalecer essa de idéia de “Cidade Saudável”, que no meu entender de ponto de vista administrativo, de condução dos processos e do trabalho na ponta, exercido pelas mais diversas equipes de saúde como de outras secretarias, continuam se desenvolvendo. Um indicador disto, por exemplo, é o fato de que a gente continua mantendo algumas doenças sob controle, enquanto outros estados e municípios, com melhores recursos econômicos do que nós, perderem o controle, porque não tem um modelo de atenção à saúde mais organizado. Eu quero dizer que o PPA, quando Paulo falou, o Municipal de 2002/2005 no Recife, e é interessante ver como o Plano Municipal de Saúde ele ficou desenhado. Justamente ele diz, do conjunto das ações que a prefeitura define, onde é que a saúde se insere e quais são as atribuições específicas da saúde para o conjunto de todas essas ações (Devolução: conjunto em ação).

Ter vida saudável. Oferecer caminhadas / nutricionistas. Só não participa dela quem não quer, pois o número de Academias está grande.

Politicamente com uma fragilidade muito grande. As pessoas com pouca visão política. Pessoas com lugares importantes da Gestão, né? E com uma prática política, eu diria muito fisiológica, ainda e muito patrimonialista. Então eu acho que isso é uma herança que a gente tem que dificulta essa organização no sentido de ampliar o processo democrático. Isso aí não dá para você deixar de ver, não é? Agora voltando, eu acho que o PSA tem todo esse papel, como um Programa bastante exitoso. O Academia da Cidade, apesar de ter essa potencialidade, também ele foi mais gestado dentro da Secretaria de Saúde, eu acho, é uma coisa específica de dentro, apesar de que depois veio tentando articular. Mas, poderia também ter sido um outro carro-chefe, no sentido da Cidade Saudável. Mas, na minha compreensão ele não foi gestado assim, não caminhou assim. Agora eu acho que a gente precisa crescer mesmo nesta questão; na formação das pessoas politicamente [...] Houve várias iniciativas louváveis, lógico [...] E que foi para se definir um pouco quais eram os Programas estratégicos, e pense [...] Pense que o conceito de prioridade não existia no governo. Muito menos integralidade de ação. Eu saí de lá desesperada, entendeu? Porque tinha gente querendo botar Programa como prioridade, que não tinha nenhuma linha escrita ainda. Eram até coisas importantes, mas ninguém tinha cuidado de fazer, e não ia dá para fazer, porque enquanto isso agente tava no processo de planejamento. Eu acho que era inclusive discussão do PPA mesmo. Era uma coisa assim: de uma falta de coordenação. Qual era o eixo político, entendeu? Então eu acho assim. [...] Não sei por que isso acontece, mas há uma distância muito grande entre ter um referencial, se organizar politicamente e construir isso dentro de um processo político administrativo, entendeu? Mas se chegou mesmo nesse segundo governo, a ser decisão de governo essa descentralização. Mas não andou, ela não andou. Tanto que, do final do primeiro governo para o segundo governo, se fez um grande encontro dos Forinhos e foi uma dificuldade porque se entrou no conflito com a Secretaria de Planejamento. Com o O.P, especificamente. Por conta da dificuldade, da compreensão, que eu acho que vai ao encontro daquilo ali [...].

Eu confesso que estou um pouco perdida. Cheguei atrasada. Eu acho que existiu um momento muito importante desse conceito de Cidade Saudável. No momento entre a vitória e o início do governo (primeiro governo). Naquele momento que a gente se reuniu, no Sindicato dos Previdenciários, eu acho, se discutiu especificamente o eixo Cidade Saudável. Era um momento em que o processo de campanha, de vencer no primeiro turno, de passar para o segundo turno, foi um processo muito rápido. Não se tinha um programa de governo efetivamente. Então eu considero que aquele período, de novembro a dezembro do ano 2000, a rigor, ele foi um momento de elaboração do Programa de Governo. Ali se discutiu a Rede Mundial de Cidade Saudável; se discutiu os principais eixos, a questão de trabalhar com a Promoção da Saúde como eixo; se vincula ou não vincula à Rede Mundial. Então tinha essa coisa [...] Sim, para o Governo, e eu participei desses processos todos. Foi um momento muito rico, porque as pessoas da Academia, as pessoas da Campanha, as pessoas do Sindicato, que efetivamente não vieram a participar como gestores, estavam produzindo propostas e com a concepção teórica disso.

Depois, logo depois, quando a gente assume, no começo em 2001, já começa a se ter [...] Não consegui fazer a ponte com esse PPA inicial, capitaneado por Tânia Bacelar, mas se tem um momento de construir políticas estratégicas, de uma forma mais direcionada, e eu acho que tem um eixo da Vigilância à Saúde, a forma de mudar a concepção de Vigilância e um eixo da Atenção. De reforçar a Atenção Básica e de construir a Atenção Básica por outro caminho, e como isso se articula com as diversas Secretarias. Agora, rapidamente há na minha concepção, uma crítica teórica ao conceito de Cidade Saudável, que eu não consigo objetivar de onde ela vem especificamente. Não consigo ter muita clareza como é que ela se esvai. Porque é um conceito que vai meio que se diluindo, não é? [...] É, existiu claramente a proposta colocada, de se vincular Recife à Rede Mundial de Cidade Saudável, por exemplo. E depois se desistiu. Eu não consigo perceber assim o processo da construção das redes existentes, mas consigo perceber esse processo. Inclusive, procurando os materiais para você, aqueles materiais antigos a gente vê isso: tem textos desse processo, de novembro a dezembro de 2000. [...] Textos que colocam especificamente isso. Agora, existiu depois uma única coisa que eu consigo perceber, a fragilidade do que representava essa Rede Mundial de Cidades Saudáveis, a pouca visibilidade, o pouco poder estratégico que tem isso. Realmente se diluiu também, efetivamente. E pouco se ouve falar mais hoje em dia dessa Rede. Isso eu acho que é um fator. O outro fator que na época eu não fazia ponte com ele, e eu fui apresentada a essa crítica na discussão da Academia da Cidade, com a Secretaria de Esportes e de Educação, via o pessoal próprio da Educação Física. E a crítica política mesmo, ideológica, do conceito de Promoção da Saúde que o pessoal da Secretaria de Esportes e Secretaria de Educação fazia muito objetivamente. Porque a gente, vindo da Saúde, vinha da Conferência de Ottawa e fazia pouca crítica ideológica aos conceitos de Promoção da Saúde. E eu me lembro que eu fui para um debate, dentro dessa composição: Educação, Esporte e Saúde, aonde o pessoal da Secretaria de Esporte colocava especificamente o conceito de Promoção da Saúde como um conceito capitalista, de referencial de imposição de um valor capitalista. Hoje, inclusive eu trabalho a carta de Ottawa, que é a coisa de você responsabilizar o indivíduo pelas mudanças dos hábitos, [...] você tira do componente mais social, efetivamente, dos determinantes sociais do processo saúde-doença, e você passa a tá discutindo riscos específicos e trabalhando muito especificamente mudanças de comportamento. Você entra muito nisso. Então eu não sei se por aí, por essa crítica, que eu acredito que é muito forte, houve uma quebra de referencial e porque efetivamente a vinculação. [...]

Eu acho que [...], vou citar alguns comentários sobre a Av. Conde da Boa Vista, Paulette instigou, e tem sido uma polêmica atual. [...] Eu acho que a própria criação da CTTU foi importante. Foi uma linha de controle urbano, absorção do trânsito, a municipalização, foi uma coisa muito importante, não é? E várias

iniciativas de ordenação e a grande expansão da malha viária na cidade do Recife. Por mais que a gente possa colocar algumas questões, a gente pode ver que houve um grande avanço em algumas áreas da cidade, na verdade em todas as áreas da cidade. Na verdade isso ficou um pouco [...] em todas as áreas da cidade. Tudo era projeto antigo. Nenhum era projeto novo, diga-se de passagem. Muito pelo contrário. A av. Beira Rio poderia ter sido mais arrojada. Todo mundo sempre defendeu ela, eu sei disso porque Pedro está nesse Projeto desde muito tempo, e ela foi mais limitada, não é? Agora, contraditoriamente, tem esse avanço, mas tem as torres gêmeas. Gente, aquilo ali é muito grave, é uma agressão ao que há de mais saudável na nossa Cidade, que é a vista do mangue, da maré e do porto. Aonde o nome da nossa cidade nasce, não é? Afora que tem muito jogo político ali dentro. Todo mundo sabe, na boca miúda, nos cochichos, quem tem apartamento comprado ali, não é? Então eu acho que esta é uma questão grave. Outra realidade concreta na Conde da Boa Vista, apesar de ser uma coisa antiga, falada [...] foi a forma como foi feita. Foi muito pouco trabalhada com a população, o tempo inteiro. E gente, você não sabe, por exemplo, dentro da forma que foi feita, eu soube por acaso: aquelas proteções das estações dos ônibus juntam água e “dá água de aedes”. Se vocês não sabem, fiquem sabendo. Que dizer: pensem numa cidade [...] O que é a forma de fazer? Nem todo mundo está imbuído da mesma coisa. Que dizer que é a forma do sentido, que a gente coloca muito hoje em dia, entendeu? O sentido que a gente dá as coisas que a gente faz. E o sentido maior é a política mesmo. Eu acho que essa perda do sentido, eu não sei, eu não acompanhei esse Programa, eu até já te disse [...], que eu não sabia como é que vinha, como é que não vinha, a situação da coordenação, eu não participei [...] como também não participei da organização da Secretaria de Saúde.

[...] mas assim, o tempo que Tânia estava no governo existia algum grau de Planejamento, de desenho estratégico [...], mas de coordenação de uma política de governo, de uma maneira geral. Eu acho que ela saiu porque ela não conseguiu ficar, por conta disso, e daí por diante acabou, na minha compreensão. Atendendo a interesses de um e de outro, lógico, segurando, não perdendo inteiramente, mas também porque não dava pra perder, porque as pessoas têm um compromisso histórico, mas na verdade não conseguiram dar aqueles avanços que eram importantes. Apesar de que, na Saúde a gente se integrou muito mais depois no segundo governo. Foi quando a gente viu prioridade e começou a trabalhar de forma mais estratégica dentro da Secretaria. É um processo diferente. [...] O CONASEMS tem trabalhado, Paulo sabe disso, numa política pela paz- Cultura de Paz e não violência. E dentro disso eles trabalham o princípio de Cidade Saudável, tanto que no Congresso que teve aqui, veio um pessoal do Canadá, eu fiquei muito perto dela, e ela é de uma cidade [...] nesse lugar que ela trabalha Promoção da Saúde é uma Secretaria à parte, não tem nada a ver com Assistência. Anda completamente separado. Inclusive ela andou por aqui, não sei se é um Distrito, Município ou Estado [...] chama. Ela apresentou todo esse trabalho, eu tenho todo material, se você quiser, e ela ficou impressionada como a gente trabalhou totalmente com a estrutura autoritária, apesar de dizer que não trabalha. E como trabalha a partir da saúde. Ela visitou CAPs, foi no Distrito III, visitou o Programa de Educação em Saúde. Foi no Distrito II ou III. Ela é uma pessoa muito interessante, mas não tinha nada a ver com a Saúde, e ela trabalhou fundamentalmente com uma experiência nessa cidade, dentro do planejamento estratégico e econômico de lá, da área dela, que eu não que área era, mas era da área francesa. Decidiu-se que aquela cidade ia se diferenciar, se desmembrar de outra pra poder haver mais sustentabilidade econômica, tudo em cima da sustentabilidade econômica. [...] (Devolução: conjunto em ação).

4.4.2.3 No Plano da ação: práticas (técnicas) /ação

A mudança da prática inspirado na produção social (MATUS, 1987), baseada num saber interdisciplinar e em um fazer intersetorial, como mudança estrutural no campo da saúde – a cidade saudável (MENDES, 1999), deve ser articulada em todas as dimensões: política, organizativa, ideológico-cultural e cognitiva. A análise das entrevistas apresentou depoimentos paradoxais entre si, variando de visões positivas com reconhecimento de uma prática democráticas, integradas e irreversíveis à negação categórica da proposta, apresentando as grandes dificuldades para fazer valer a idéia para o conjunto da prefeitura e principalmente no que tange ao pilar da participação e construção da sustentabilidade política do processo. Outros, reconhecendo grandes avanços para diversos setores isoladamente, mas negando para o todo da Prefeitura e alguns posicionamentos que refletem pontos positivos e negativos e, outros não conseguem avaliar por desconhecimento e afastamento total do processo ou por reconhecer as propostas de mudanças só concebidas de forma restrita ao ambiente e aos hábitos pessoais, encadeadas pelo setor saúde, são assim expressadas:

- Uma visão positiva:

Acho que a gente hoje, o Recife hoje consegue ter uma visão muito mais abrangente de uma cidade saudável do que no início da gestão. Então eu acho que se no começo da gestão a gente poderia com certa argumentação lógica dizer que não era possível fazer uma política de cidade saudável no global, hoje a gente consegue identificar elementos nos diversos setores que compõem uma política mais global. Eu acho que tem um avanço extremamente importante em diversas áreas, se a gente for pegar pelo elemento mesmo dos cinco eixos da carta de Ottawa a gente poderia estar traduzindo essa análise em políticas específicas. Temos políticas específicas enquanto mudança de hábitos e a gente também tem ações de outras ordens, eu acho que a questão de moradia é extremamente importante. [...] (Ent. GG-10).

- Uma negação da proposta:

São dois programas de sucesso enquanto concepção, mas toda a ação da Secretaria de Saúde não foi de grande sucesso porque era muito dependente de outras ações de outros setores da prefeitura e aí a gente tentou vender o Projeto Cidade Saudável e a Prefeitura vetou. Não foi de grande sucesso (Ent. GG-02).

- O sim e o não

Eu não consigo avaliar hoje se isso se consolidou lá, mas eu me lembro que esse debate passou no começo da administração, se eu não me engano o nome do PPA era Recife Cidade Saudável, [...] Então foi uma mudança de prioridade então, esse foi o compromisso, que ele bancou, ele teve compromisso com saúde preventiva, que eu acho que é uma coisa importante para a cidade da gente, aí eu destaco o PSF, a expansão do PSF foi muito importante e o grau de cobertura que a cidade tem hoje com o PSF nem se compara com o que se existia antes e acho também que a criação dos agentes ambientais, que na minha visão é uma coisa inovadora também e junto o povo do meio ambiente com o povo da saúde. [...] (Ent. GG-11).

- Nem sim nem não

[...] Então, os exemplos que nós temos de espaços públicos no Recife, que nos descaracterizam como uma cidade saudável e precisa de política pública, são muitos [...] a gente começou em uma velocidade muito alta, querendo construir uma cidade saudável, [...] Mas também por parte dos políticos, que na verdade refletiam o que os moradores e a população queriam. Eu vou dar alguns exemplos, quando nós assumimos a prefeitura, um dos grandes problemas do Recife, eram as mortes durante as cheias, nos pontos de risco nos morros do Recife, foi feito um esforço grande para tirar aquela população dos morros e fez-se um investimento grande na construção de escadarias. Mas havia muita resistência por parte da população, ela não queria sair do local e claro, tinha uma compreensão, ela não tinha onde morar, era pobre, estava sem renda, aí se criou o bolsa-aluguel, que fazia com que as pessoas pudessem alugar um espaço, às vezes na casa de um familiar próximo, consegui com essa política aí amenizar um pouco. Mas pouco a pouco esse programa foi se deteriorando, no seu objetivo, por quê? Porque começou a entrar a ação política dos vereadores, pressionando a prefeitura, o prefeito, os secretários, para não, aquele ali deixa, aquele não pode, paga a bolsa-aluguel, mas deixa ele lá, não pode (Ent. GG-07).

Então, respondendo à terceira pergunta: Que fizemos/prática? Após a apresentação dos tetralemas, os relatos foram os seguintes:

Eu penso que o Conselho de Saúde contribuiu diretamente com a gestão para definir o modelo de atenção “Cidade Saudável”. E se organizou pra isso, intensificando, inicialmente entre 2001 até 2003, as mobilizações na base para organizar, inclusive, os Conselhos Distritais, fazendo momentos interessantes de planejamento. [...] Vou oferecer uma contribuição de uma pessoa que ficou num primeiro momento no conselho como suplente e duas vezes como conselheiro titular pela Universidade de Pernambuco. A contribuição que eu quero dar é a seguinte: uma reflexão que eu venho priorizando fazer, ainda que pareça muito incipiente minha prática no conselho, minha preocupação até hoje na Universidade, minha prática no Conselho, fazendo gestão para ajudar o Conselho Municipal de Recife, os conselhos locais, eu tava com uma preocupação inicial, em cima de uma avaliação positiva, inicialmente, mas a maneira como isso foi se desenvolvendo é que [...] quando estávamos em 2001, naquele momento, no Conselho de Saúde, o secretário de saúde, na época, Humberto Costa, foi ao Conselho e apresentou a proposta de um modelo de atenção à saúde para o Recife, em cima da situação de

saúde, que o grupo tinha encontrado. Teve um debate muito interessante e o grupo entendeu porque seria interessante caminhar no sentido do modelo de cidade saudável. Isso começou a transcorrer para a V Conferência Municipal de Saúde e ficou consagrado. O fato é que desse período de 2001 para cá, eu penso que a gente tem vivenciado mais profundamente nos conselhos de saúde, uma espécie de deslocamento mais da base das quais eles representam, sejam os próprios gestores atuando de maneira um tanto personalizada, sejam os trabalhadores nas suas relações com a população sindical da base e muito mais os representantes dos usuários. As pré-conferências municipais de saúde realizadas ao longo desses anos todos, a partir mais especificamente da V Conferência para construir a VI Conferência, elas foram perdendo qualidade, a maior participação de quem está na base, dos usuários, e também a qualidade do debate político do Conselho ao longo desse tempo foi diminuindo. As reivindicações estão cada vez mais particulares, diferentes das reivindicações de caráter público. A gente percebe isso de maneira evidente. Pra mim um sinal muito evidente disso que eu tô falando foi a última Conferência, a VIII Conferência de Saúde. Foi muito pouco participativa. Na base, houve mobilização para eleger delegados. Mas a discussão mesmo do projeto político foi muito pequena.

Por exemplo: os movimentos comunitários, no seu estilo clássico de organização, eles tiveram impacto em relação à convocação do conjunto das pessoas não organizadas para se envolver. Se esses movimentos comunitários estavam já se debilitando, do ponto de vista organizativo, evidentemente que num primeiro momento tende a eles parecerem se enfraquecer. Mas o que é que significa chamar a população? Aqueles que nunca tiveram, talvez não tivessem esses canais de estar nesses movimentos, a virem opinar sobre sua vida, sua realidade concreta, anseios e desejos. Eu creio que é uma etapa. Como superar para a etapa seguinte? É exatamente não se resumir a discussão do interesse mais imediatista, na discussão das prioridades, para uma visão bem mais ampla do que é uma “Cidade Saudável”. A título de discurso mesmo, alguns lemas precisam se transformar em coisas concretas. Quando a população da cidade do Recife hoje solicita mais Academia da Cidade, o que é que isso significa senão uma visão mais avançada e, ao mesmo tempo, a busca de espaços e encontro. Encontros democráticos, onde você tem pessoas de camadas sociais de maior poder aquisitivo compartilhando com pessoas mais simples, mais humildes no processo. As demandas que tiveram para recuperação de praças. O que é que significa isso? Por que você encontra no Orçamento Participativo, demandas para recuperar as praças, senão um movimento interessante e, inclusive até no sentido para tirar as grades. O que significa isso? Significa que a população que voltar ao convívio família, integrando gerações e tendo oportunidade de pessoas estarem em convívio de volta nas praças da cidade do Recife.

Eu acrescentaria ao que Paulo Dantas falou, eu acho que outro Programa, que tentou fazer essa integração e que teve alguma adesão no [...] governo de João Paulo, por algumas pessoas, que tinham, ou eram [...] estratégicas, e não permaneceram no governo, foi o Programa de Saúde Ambiental. Eu acho que ele foi outro Programa Estratégico e que garantia todo esse processo de integração e articulação e foi construído por 03 Secretarias, ao contrário do Programa Guarda Chuva, que apesar de ser um Programa bem importante, ele foi praticamente construído dentro da Secretaria de Planejamento. Ele não envolveu outras Secretarias na sua construção. Como ele trata de situações de risco permanentemente, então ele autoritariamente conseguiu ser um bom programa, mas ele não foi construído democraticamente. Tanto que ele usava muito dinheiro da saúde e ainda hoje usa, sem a saúde poder dizer muito bem porque fazer [...] muito bem como e o que pode fazer. Isso sempre foi uma área de conflito. Me lembro muito bem de coisas pequenas, básicas por exemplo. Quando a gente tava no Distrito, o pessoal queria coordenar os ACS, coordenar os ASAS, independente da

responsabilidade que os ACS e ASA tivessem de fazer suas tarefas comuns. Isso era motivo de conflito. Eu fui muitas vezes em reuniões na CODECIR para tentar contribuir com esse processo. Por que eles pensavam sozinhos e queriam determinar sozinhos. Até pela própria característica de viver sempre programando e articulando um processo de urgência e emergência, não é verdade? Que é catástrofe e tal [...] Apesar de achar que foi, que é um excelente Programa, mas eu acho que isso é um viés da nossa prática pouco democrática, esquerda inclusive. A gente diz muito que pratica democracia, mas é muito distante às vezes. O Programa de Saúde Ambiental (PSA), ele nasceu assim. Tanto que, através do PSA, se mantém inclusive a CODECIR. A CODECIR não, o Guarda Chuva. Se financia permanentemente o Guarda-Chuva. O grande nº de agentes ambientais é contratado na Saúde, mas trabalham no Programa Guarda-Chuva, efetivamente. Então a S. de Saúde teve essa concepção e se integrou e foi articulado. Pensado dentro da Saúde, do Planejamento, Educação também entrou nesse processo e foi uma coisa. [...] eu não participei diretamente porque era com Tereza, a Vigilância à Saúde, mas essa foi uma experiência muito difícil de ser construída. Houve vários Órgãos do Planejamento: CODECIR, EMLURB, a própria Secretária de Planejamento. O próprio Planejamento, o Núcleo, eu acho que Ação Social, não sei se participou, pode até ter participado, Paulette pode saber, não tenho certeza.

Mas foi muito difícil, por isso mesmo. Tanto que o desenvolvimento do processo do Programa parou com o final do primeiro governo, por conta de não conseguir fazer uma atuação no território, integrada, porque o processo de planejamento na Secretaria é extremamente centralizado na Prefeitura. Então não conseguiu fazer, por exemplo, se esboçou os chamados Forinhos, que eram uma articulação intersetorial, por Distritos Sanitários, mas esse processo foi boicotado pela Secretaria de Planejamento, já nesse governo atual. Que era um processo que sim, iria de encontro à democratização efetiva, que tá nos documentos, mas na prática é um processo que tem que ser revisto, porque democratizava de fato o Estado. Colocar perto da população oportunidade de organizar as ações de saúde, de educação, que entrava no Forinho, de planejamento, de OP, articulado. Assistência Social também participava do processo, que era um embrião da descentralização da gestão, que já aconteceu o Brasil, em várias outras cidades e aqui não aconteceu, por exemplo. A gente não tem a descentralização da gestão institucional da Prefeitura, não tem. Tem na Saúde, separadamente, e chega um ponto que pára, pára, porque ou você articula com os outros, ou não faz. Veja hoje como ainda é difícil. Por exemplo, eu acompanho muito os internos, aí tem um problema com a Assistência Social. Articular o CRAS é difícil, não é simples, por que nem a Saúde às vezes tá bem articulada com o CRAS [...] é o Centro de Referência de Assistência Social, e é da Secretaria de Ação Social, é descentralizado por território, não tem espaço físico. Não sei, pode até ter, mas não é como a Saúde, mas tem uma articulação muito grande com a Saúde. Quando eu tava no Distrito muitas vezes elas iam lá, conversavam comigo, marcavam reunião, mas os Postos de Saúde, muitos, não conhecem. Há os que conhecem e não se articulam, porque a prática, a gestão democratizada nem internamente aconteceu ainda. Precisa ter mais. Então o que ocorre é isso.

Neste segundo momento a avaliação da prática ratifica uma visão negativa do processo inicial e só por um participante é referido uma visão positiva de ganhos, mesmo com todas as mudanças existentes e do redirecionamento sofrido pelo processo. E, é considerado que o processo foi, apenas, iniciado e demonstra isto a partir desses conflitos explicitados e das reivindicações da população para questões referente ao lazer e a melhoria das condições

físicas das ruas e propõe algumas recomendações para avançar na tentativa de aprimorar o processo para uma radicalidade do processo democrático que deve ser objetivado para o propósito da construção de uma cidade saudável como era perseguido no primeiro momento.

Assim, as práticas desenvolvidas e utilizadas (técnicas) que refletem apropriações do conhecimento e a construção das intervenções viáveis, segundo processos de planejamento e de aplicação de alternativas no nível da execução demonstram formais, principalmente no PPA 2002-2005: Recife Cidade Saudável, Plano Municipal, e referendados nas V e VI por um lado, se a busca é de coerência entre o propósito formulado nos documentos Conferências de Saúde, a organização como processo político implementado e a prática declarada e vivenciada, e se houve recondução do mesmo grupo político gestor para o período atual de 2005 a 2008 e o candidato governista indicado para o terceiro mandato parece ser o favorito do atual pleito, pode-se afirmar que houve eficácia política e, portanto, coerência segundo o postulado referido por Testa (1995). Porém, em função do contexto analisado, e o redirecionamento dos processos e da prática analisada, a partir do segundo ano do período estudado, o propósito foi redirecionado para se fazer uma administração dos serviços básicos essenciais e forma referendados por todos mudando do slogan *Ação por uma vida melhor* para trabalhar no sentido de *A grande obra é cuidar das pessoas*.

A Figura 22 apresenta a síntese das análises como subsídios para ampliar o grau de intersetorialidade dos processos de formulação e implementação das políticas voltadas para a construção das cidades saudáveis segundo os planos do Conhecimento, da Política e da Ação.

Categoria	Evidências apresentadas
Plano do conhecimento	A polissemia que envolve a concepção sobre a política de promoção da saúde e a estratégia de cidades saudáveis está sendo impregnada pelo que foi definido como princípios a partir da primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em novembro de 1986, apresentados na sua Carta de Intenções, que foi proposta para contribuir para se atingir Saúde para Todos no Ano 2000 e nos anos subseqüentes.
Plano das Políticas	As reflexões de segunda ordem sobre o processo para a formulação e implementação da política analisada, nesta oficina, reforçou mais o aspecto negativo para a condução geral da prefeitura, quanto a radicalidade democrática defendida no início da gestão, apesar de reconhecer os processos mais democratizantes em alguma secretarias, com ênfase na pasta da saúde.
Plano de ação/práticas (técnicas)	A análise da prática evidencia que apesar de todos os ganhos obtidos de uma maneira geral, ratifica uma visão crítica de redirecionamento do processo democratizante inicial e, só um participante avaliou como positivo a ampliação da participação, reconhecendo o conflito e necessitando de aprimoramento para a sua continuidade.

Figura 22: Matriz de apresentação de resultados segundo as categorias: plano do conhecimento, das políticas e da ação.

Fonte: a autora em adequação ao proposto por Tabellini (2003).

4.4.2.4 Quanto às recomendações da oficina

No Brasil, desde 2005, o Ministério da Saúde definiu uma agenda de compromissos pela saúde, fundamentado na agregação dos três eixos político - *O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde - SUS, O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão* - e criou um comitê gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde coordenado pelo Ministério da Saúde, como também, em 2006, foi criada uma Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). E, esta constituição da CNDSS expressa o reconhecimento de que a saúde é um bem público a ser construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira; a iniciativa foi considerada uma iniciativa de grande importância ética e humanitária, que pretendia fomentar, nacionalmente, a estratégia Cidade Saudável, mediante as ações do Comitê gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde e da CNDSS. Para tanto, uma articulação de um grande conjunto de seus atores sociais – governo, partidos políticos, instituições públicas e privadas, sindicatos, associações, ONGs, famílias e indivíduos com o propósito de orientarem suas ações, visando à produção social da saúde e à construção de uma rede de solidariedade unidas com o sentido comum de melhorar a qualidade de vida da população de suas cidades.

Justificamos, assim, este momento da tese, criado para dar continuidade às reflexões sobre a concepção da política para a promoção da saúde e a estratégia cidade saudável, sobre o que se fez na cidade do Recife e de que forma este fazer foi organizado, para, então, citarmos recomendações propostas consoante ao conjunto em ação, participante da oficina de devolução vivenciada, apresentadas, neste estudo, como resultado e incorporada como parte das considerações finais e contribuição ao processo de fomento, com qualquer nome que seja assumido, referente a políticas para a promoção da saúde, nesta tese:

Entretanto, precisa voltar a repolitizar a questão da atenção à saúde e da “Cidade Saudável”. Essa questão do empoderamento, e pra mim tem mais um detalhe, um detalhe que eu gostaria de acrescentar, alguns elementos de base não se fortaleceram no processo e isso não ajudou a intensificação da política. Um deles é a própria EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE no Recife, que a gente nunca conseguiu fazer que ela fosse um programa específico. Uma política específica de ação dentro da Secretaria de Saúde. É mais um programa. E o programa que apareceu na última Conferência [...] O ideal pra mim é isso: repolitizar a ação dos Conselhos, dos usuários, da gestão e dos trabalhadores. Deixar de se investir em pautas particulares, corporativistas e localizadas.

Então, eu acho que essa é uma coisa que: Se se diz assim, o que é que a gente precisa fazer? A gente precisa construir isso dentro da gente, e construir com todo mundo. Se organizar melhor pra botar em prática, institucionalmente, o que politicamente é importante para que a população cresça, se aproprie e que o Estado seja democratizado, porque, na minha compreensão, isto está em falta entre nós.

A tese de elevar o nível de consciência da população, essa eu creio que o Prefeito sempre orientou todos os seus auxiliares a colocar isso na ordem do dia. Porém, isso precisa ser melhor planejado, pra não ficar um discurso mais avançado, com quem tem alguma visão mais ampla da política, diferentemente de outros, que têm uma visão, digamos superficial da questão. Então, é necessário que todos os auxiliares de uma gestão, que estejam animados a implantar essa visão mais integral de intervenções e de chamada para a mobilização, é uma preparação política de todos os quadros e não só do nível do quadro de gente mais graduada, mas tenha a horizontalidade e verticalidade do debate político. Por isso eu acho que é essa coisa da politização que você falou Nesse sentido, eu acho que é isso mesmo que precisa para poder a gente fazer avanços mais significativos. Mas, cada época tem o seu momento. Eu creio que a minha avaliação é de que as construções se fazem tijolo por tijolo. Em algum momento, você só tinha o barro. E tinha que botar barro e água para fazer o primeiro tijolo. Depois, você vai fazendo as consolidações. [...] Me chama também atenção que esses movimentos realmente não agregam ainda a composição e a força do conjunto dos órgãos da prefeitura. Fica um pouco localizada, como: isso é da competência de [...] Essa é a visão que ainda não se superou e não se supera facilmente. São movimentos que acontecem silenciosamente de integração e articulação que de repente eclodem em alguns instantes, em alguns movimentos que podem ir dando consistência. Mas todo esse conjunto, que já é embrião da Cidade Saudável, precisa ser fortalecido, buscando mais intervenções de mais órgãos do mesmo sistema. Porque isso vai desde os órgãos que cuidam da manutenção da cidade, precisa fazer com que esses equipamentos continuem sempre bons, aos órgãos que cuidam mais do esporte, que podem estar mais integrados e articulados, e as pessoas que tratam das questões de discutir o comportamento e o convívio social, como algo importante no bem-viver. São políticas que se integram e se articulam através de comandos políticos, não tem como.

A necessidade de [...] às vezes você encontra um entusiasmo maior sobre essas concepções de uma determinada Secretaria, de um determinado Órgão. Mas a força política do núcleo, toda administração tem um núcleo, esse núcleo inteligente, tendo essa concepção permanente é que faz a busca. Por isso que no PPA você tinha a distribuição por ações integradas e, na formulação, tinha até a definição de quem seria o órgão coordenador daquele processo integralizador. Isso, na realidade, na prática, vai se esvaindo se não existir esse núcleo que convoque a permanente atenção àquilo que está aprovado na lei. Mas, então, eu deixo como recomendação isso: que nos processos para a Cidade Saudável, primeiro um discurso político mais articulado e integrado; esse discurso tenha caixa de ressonância, usando todos os instrumentos que, na comunicação, é possível, junto à população, para que a população reflita se o seu pedido tem a ver com o conceito de Cidade Saudável; intensificar e massificar isso; fortalecer a participação popular, não para o lado isolado, só em indicar obra para sua comunidade, mas em garantir, através do fortalecimento das entidades existentes e fortalecer essas entidades, para que a participação seja mais ativa. E, no interior dos Órgãos da Administração, um processo de definição clara de Programas que integram ações, tornando bem explícito e político, para que esses objetivos e essas metas sejam rigorosamente avaliadas e acompanhados os seus resultados. Eu vou pegar um gancho de quem falou: são dois movimentos que eu considero necessários para que vá se impregnando os conceitos,

os conteúdos e as ações concretas de Cidade Saudável: [Sair do pólo da Saúde, o conceito Cidade Saudável, para assumir a gestão].

Nesse momento eu estava justamente na efervescência da política de planejamento, com toda agenda e gênese da proposta da Cidade Saudável, com proposta bastante peculiar e de operacionalização prática, digamos assim. Então, o que é que eu pude observar, na qualidade de pesquisadora e também na qualidade de cidadã da Cidade do Recife? Era tão interessante, porque à medida que eu tava estudando, eu passava na Rua do Espinheiro e via as plaquinhas ali, os cavaletes “Por um Recife Saudável”. Então, todo mundo já com aquela idéia do saudável na cabeça. A questão da Academia da Cidade também estava começando a ter uma projeção importante e eu estudei especificamente o PSF e PSA. Então, o que eu fui descobrindo? Os meus resultados foram apontando para coisas interessantes que eu acho que tem tudo a ver com a discussão e que a gente pode aprofundar. Com relação a conhecimento: eu comecei do nível de gestão, do primeiro escalão, digamos assim e pude observar a concretude da proposta e a vontade política de colocar a proposta em prática. Quando eu comecei a abrir para os sistemas: Educação, Saneamento, então comecei a observar a diferença da análise do discurso de cada um. O que era claro para um, não era tão claro para outro. Existia um Conselho específico para se discutir a Cidade Saudável. Então, mesmo com dois instrumentos de planejamento, existia a concepção de que não era a mesma, claro que cada um pensa de uma forma, mas quando a gente tá discutindo política, a gente tem que ter um viés único, digamos assim, para a gente poder implantar e fazer acontecer. Então, dentro do próprio estafe da gestão não existia a mesma compreensão, pelo menos da envergadura do que seria instaurar, instaurar não, mas colocar em prática a proposta de Cidade Saudável. Então, à medida que eu fui avançando nas entrevistas, que eu fui discutindo com outros sujeitos do processo, outros atores sociais, a fenda parece que ia se abrindo. Então, a discussão entre o discurso e a vontade política ela ia se abrindo, ia ficando, cada vez mais, distante entre quanto mais eu avançava para o nível mais basal, se a gente for comparar a estrutura [...] para o nível basal, ela ia se abrindo. Mas, quando eu cheguei ao nível basal, no nível do Conselho, aí veio um momento ao contrário. O Conselho tava muito mais, digamos, assim, apropriado do conceito de Cidade Saudável do que os profissionais que estavam nos programas e que atuavam diretamente na execução de ações básicas, que justamente entram na transversalidade, que era um dos conceitos importantes para a gente trabalhar a Cidade Saudável. E a outra questão, também, que os resultados indicaram é que os outros profissionais que estavam no Programa mais recentes, no PSA, eles também tinham uma concepção mais ampliada da proposta de Cidade Saudável do que os que estavam no Saúde da Família há bem mais tempo e com um leque de ações bem mais concretas, digamos assim, e com um feedback da população também muito maior. Então, o que é que eu pude concluir? A questão do conhecimento da proposta que é o que está em pauta ali, ele precisa ser colocado de forma que seja disseminado e que atue em todos os segmentos da sociedade. Que a gente consiga transformar a proposta concretamente, numa missão de todo mundo, não só da gestão, como da população, do controle social [...] Mas, para isso, a gente precisa conhecer. Até para poder avançar na discussão política que tá, digamos um pouco anestesiada, como a gente colocou no início, não é?

A gente precisa conhecer para poder discutir, para poder discordar. Então, eu acho que a disseminação é importantíssima, porque a impressão que me dá, inclusive, eu não vejo mais plaquinhas “Por um Recife Saudável” [...] a impressão que dá pra gente, quando a gente se distancia um pouco do objeto do estudo, é de que aquilo que ficou no Plano, aquilo que tava efervescendo nos instrumentos de planejamento e no discurso e na vontade política, um pouco que se aquietou. Por outro lado, a gente vê ações importantes como a própria população querendo investir na Academia da Cidade. A Academia está entrando no PAC. A gente vê uma disseminação muito

grande das ações que antes, no início, pesavam muito pra saúde, mas que, agora, outras Secretarias também estão tendo uma propriedade grande para discutir, mas não de uma forma mais coesa, aonde exista alguma direção, para que isso seja colocado como uma política ascendente, mas ao mesmo tempo em que tenha uma direção pra gente poder garantir as ações. Então, a preocupação fica também com quem está realizando as ações pra isso acontecer. Entende-se a promoção? Entende-se. Mas será que a gente já está trabalhando no nível da promoção? Não, a gente está muito ainda no nível da prevenção. E o entendimento nosso como profissional, o que é que nós estamos fazendo para Cidade Saudável? Porque trabalhando com a prevenção, a gente também está atuando, mas até que ponto nós temos importante papel para que isso venha a acontecer? Por que, se eu sou um instrumento, se eu sou uma pessoa que estou ali na prática cotidiana no serviço, trabalhando com esse eixo transversal, eu não posso estar alheio à proposta maior, que vai configurar a política da cidade. Eu acho que a gente precisa fortalecer esses pontos.

Mas eu acho que o que a Academia pode fazer é provocar seminários e discussão política. É de ser mais participativa politicamente. Hoje em dia, se a gente critica o governo, porque não está politizado, eu acho que não é só o governo, são todos os movimentos, também, entendeu? Quem é o movimento social que articula nessa cidade? Veja o movimento estudantil, não é? Veja o movimento de maneira geral? Parece que, quando alguém da esquerda sobe, a gente fica tudo murcho, entendeu? Cadê o papel? Eu acho que é isso. Agora, não é só com esses gatos pingados que estão aqui. Eu sei que é a sua tese e tal. Mas algo que vá para rua, que tenha visibilidade, que possa provocar entendeu? Porque de fato a gente vai fazer com que o controle social cresça, porque quando é pra dentro do próprio Conselho Municipal de Saúde é muito ruim, é muito complicado, entendeu? É muito despolitizado também. Itamar tá aí, ele tava lá dentro e sabe a dificuldade do povo compreender o processo de cobrança efetiva de uma política que venha de encontro a suas necessidades. Eu acho que a gente poderia estar provocando, alguns seminários articulados, pode ser mais de uma instituição, duas ou três e fazer, não sei se necessariamente em cima de uma política ou outra, mas eu acho que esse é um papel que a gente poderia até estar fazendo.

Assim, na análise das recomendações, observamos que dos cinco princípios nomeados pela Carta de Ottawa (1986), como pertencentes às ações de consolidação de uma política de promoção da saúde, foi ressaltado, *a ênfase as ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação*, visando à melhoria das condições de vida no campo da saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino. Assim é reforçada uma radicalidade como recomendação para os processos participativos. Diferenciando-se assim, este princípio, dentre as concepções sobre o entendimento de uma estratégia para uma cidade saudável e reconhecendo este como o papel preponderante de desenvolvimento para os demais princípios a serem perseguidos.

Comprendemos a preponderância do componente político para o desenvolvimento de todas as outras ações; àquelas ligadas à criação de ambientes saudáveis, em que as

inextricáveis ligações entre a população e seu meio ambiente constituem a base para uma abordagem socioecológica da saúde, que requer decisão, aprendizagem e convencimento, portanto um ato cidadão e político de pensar a vida no coletivo.

Para o desenvolvimento das habilidades pessoais, a radicalidade política do processo de educação é o que fará a diferença para o desenvolvimento pessoal e social, através de divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Inclusive, este ponto foi apontado como já iniciado desde o período em estudo, necessitando ser re-encaminhado em outro patamar, a fim de que exerça a sua importante contribuição no processo.

Quanto à reorientação dos serviços de saúde, este parece ser o que de mais concreto foi realizado durante esta gestão, porém, para o seu aprimoramento e qualificação permanentes, também se faz *mister* uma atitude política compartilhada entre o gestor e a academia, com a finalidade de provocar a uma mudança de atitude dos profissionais e da organização dos serviços de saúde, um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde.

Por fim, para se construir políticas públicas saudáveis, é necessário colocar a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, combinando diversas abordagens complementares que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. É uma ação transversal e intersetorial, que e só se concretiza através de um processo democrático de construção política, no qual ação-reflexão-ação é o caminho para o aprendizado, criativamente, inventado, um a um, pelo município ou cidade que se proponha a trilhar um caminho em consonância com uma investigação/ação participativa.

Concluindo, destacamos, então, três pontos considerados bases de sustentação importantes e potencialidades valorizadas, na formulação do PPA (RECIFE, 2001a, p.11-14) analisado e marcos importante para continuar insistindo na construção de um Recife Cidade Saudável.

Assim, “Recife cidade das águas ou Veneza brasileira”, com seus rios que cortam a cidade, formando desenhos sinuosos; a praia, com sua faixa de areia e seus coqueirais; as lagoas e os açudes, os mangues e os canais que se espalham pela cidade, proporcionando uma beleza peculiar e justificando-lhe a alcunha; possui também as ferramentas que ajudam a construir uma cidade sustentável e de qualidade ambiental implementada, que conta com a

disponibilização de instrumentos técnicos, como: o zoneamento ambiental, os planos de conservação ambiental e Estudos e Relatórios de Impacto Ambiental (EIA/RIMA), audiência pública sobre os EIA/RIMA e uma legislação urbanística que estabelece 20 unidades de conservação na cidade do Recife, correspondente a 31,3% da área da cidade. Além dos 462 parques, praças e refúgios, distribuídos no seu espaço urbano, que caracterizam o Recife como uma característica de cidade secular, detentora de um patrimônio histórico construído que relata a sua história desde cinco séculos. São igrejas, monumentos, praças, sítios históricos que ajudam a preservar a memória das gerações passadas e expressam sua contribuição para a construção de valores estéticos e culturais de grande significado.

Outra condição fundamental para que qualquer espaço possa ser considerado uma cidade, enquanto espaço de troca, de encontro, da consolidação e expressão da cidadania, é a sua dimensão cultural. A cultura, na função social da memória, o sentido de pertinência e a importância da permanência de espaços simbólicos são elementos de agregação social e mobilização coletiva da população. Portanto, hoje consideramos como fator de desenvolvimento, na *era da globalização*, atribuindo aos lugares a sua marca de identidade, a cultura, enquanto manifestação de expressão artística que tem, hodiernamente, posição de destaque, pela tradição e pelo lugar que coloca Recife com um dos maiores centros de produção artística e cultural do Nordeste. As manifestações culturais, com identidade nas raízes locais, são reconhecidamente uma marca da cidade.

Por fim, uma das características mais importantes para o resgate do que é saudável, em sua essência e sustentabilidade política, é o que destaca Recife, historicamente, pelas suas lutas, envolvendo grande parte da população carente de infra-estrutura e serviços urbanos. Esta tradição se nos revela forte, desde suas lutas libertárias, até aos conflitos pelas terras urbanas dos mangues e da planície. É o seu poder de organização, de reivindicação e de negociação, atribuindo marca emblemática à cidade. O Recife possui grande número de organizações e movimentos populares que se fazem presentes em várias instâncias de poder, procurando influenciar na concepção, formulação, implementação, monitoramento e controle das políticas públicas, constituindo-se esta última uma oportunidade para uma gestão democrática e solidária que pode aprimorar na radicalidade democrática como continuidade, inclusive recomendada pelo coletivo da oficina realizada e única possibilidade de se aprofundar no trabalhar intersetorial, enquanto ação necessária e estratégica para a continuidade da construção de um Recife Cidade Saudável.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES



Na tentativa de atendermos ao propósito maior da nossa tese, que foi o de analisar a formulação e a implementação de *Políticas Públicas*, relativas à *Promoção de uma Cidade Saudável*, no caso, a Cidade do Recife, otimizando a contribuição para seu desenvolvimento e aprimoramento e, em diálogo com os autores do marco teórico, frente aos resultados dos estudos, respondemos aos objetivos específicos propostos, norteados pelos argumentos expostos a seguir:

5.1 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES

Consideram-se, como potencialidades e fragilidades apresentadas, as proposições listadas a seguir:

- a) para a cidade do Recife, o interessante é percebermos que, se o processo foi proposto pela Secretaria de Saúde, todavia, através das entrevistas fica evidente que, desde o início, o Prefeito assumiu a proposta e o Órgão de Planejamento Central da Prefeitura incorporou-a, criando-se um slogan Ação por uma vida melhor, construiu-se um Plano Plurianual (PPA) cujo subtítulo foi: Recife Cidade Saudável, que existe, desde a passagem para o segundo turno das eleições, em 2000, uma total adesão a todos os Movimentos Sociais, cuja proposta de governo foi concebida com todos esses elementos incorporados.
- b) este processo, parceria com os Movimentos Sociais, foi instituído como um dos 18 programas especiais desde 2001, inserido no PPA, criando-se, logo nos primeiros meses da gestão petista, a Coordenadoria do Voluntariado, diretamente subordinada ao Gabinete do Prefeito e funcionando como uma espécie de Central Geral de formação, distribuição e acompanhamento dos voluntários. Em 2002, é publica-se um caderno como um dos produtos do Seminário O Poder Público Municipal e Voluntariado na Perspectiva Transformadora (RECIFE, 2002e), promovido por essa Coordenadoria com a finalidade de analisar a concepção da proposta e a sua metodologia, apresentando as diretrizes de atuação em diferentes áreas (Educação, Saúde,

Meio-Ambiente e Jurídica). Em 2003, publica-se, no Jornal do Comércio, de nove de fevereiro de 2003, uma matéria sobre o Programa do Voluntariado, que completara dois anos, totalizando 1029 participantes, com a expectativa de auxiliar na implementação do Programa Fome Zero do Governo Federal, no Estado (Jornal do Comércio, 9/02/2003, p.3-4);

- c) no Macro-Contexto, apesar de, nos dois primeiros anos, existirem divergências e falta de apoio político, devido às ideologias neoliberais, em âmbito Federal, Estadual e Socialista do Município, parece ter sido o grande apogeu da proposta que demonstrava, no Micro-Contexto ter encontrado todo apoio, inclusive financeiro, com a aplicação da emenda constitucional 29, que elevou de três para 15% o orçamento da saúde destinado para o Recife, possibilitando, em tempo recorde, a implementação dos diversos programas, surgindo, então, os descaminhos do processo intersetorial, para uma Micro-Política da pasta de saúde. A mudança nacional para um governo parceiro do município, ao invés de ampliar as possibilidades de apoio, motivam um esvaziamento da Prefeitura e atinge os dois núcleos medulares para o Projeto Recife Cidade Saudável, uma vez que saem os Secretários de Saúde e de Planejamento para assumirem as respectivas pastas da Saúde e a acessória para o desenvolvimento regional. Assim, vários programas da saúde são incorporados pelo Ministério da Saúde, mas, nem no Recife e nem para o Brasil, a proposta se fortalece. Inversamente, sai de cena, no município, quando até o slogan muda, ou seja, *A grande obra é cuidar das pessoas* e, nacionalmente, apesar de ser criado um Ministério das Cidades, a proposta da Promoção da Saúde fica no Ministério da Saúde, direcionada ao Programa do Controle das Doenças Não-Transmissíveis, portanto, institucionalizada pelo Gestor da Saúde, o processo perde sua aplicabilidade, como se previa e se fragmenta, pois, uma vez que se perde o embate frente aos determinantes da saúde, tornando-se, apenas, mais um programa do setor saúde. Contudo, a sociedade instigada pela OMS e OPAS, continua, através das Universidades e da Escola Nacional do Ministério da Saúde, desde o ano 2000, articulando experiências junto a oito iniciativas, em rede de municípios e inúmeras experiências de ambientes saudáveis, continuando a escrever a sua trajetória nacional que, desde 2004, é

- continuamente avaliada, através de oficinas nacionais e das parcerias com agências de cooperação internacional, como o Canadá e o Japão;
- d) o conteúdo da Política, expresso nos vários programas, é considerado adequado a uma *perspectiva socialista*, na qual o Estado apresenta, como objetivo principal, a redução das desigualdades sociais, apresentadas como problemas. Porém, desponta como viés, quando da elaboração do próprio PPA, que cria os chamados Programas Integrados: Gestão Democrática e Solidária; Gestão de Risco de Morros e Alagados; Recife, Nossa Casa; Comunidade Saudável; Dinamização Econômica e do Acesso ao Mercado de Trabalho; Espaços Públicos para Todos; Acessibilidade para Todos; Combate à Violência e Defesa da Cidadania. Além do PSF; PSA; Academia da Cidade; Porto Digital; Escola Ambiental; Lei dos Doze Bairros; Urbanização; Pró-Metrópole, mas na forma de processo operacionalizados pelos dirigentes das várias Secretarias, sem a participação dos interessados, de forma centralizada;
- e) quanto à análise dos atores envolvidos, as estratégias variaram de uma inicial atitude cooperativa para o processo interno, sem utilização das estratégias frente aos atores considerados indiferentes, e com estratégias diferentes àquelas pretendidas e, depois, cooptação ou mesmo de omissão frente aos processos a serem desenvolvidos de forma intersetorial para a institucionalização e sustentabilidade da Política Recife Cidade Saudável, ratificando uma parcialidade e ou fragilidade da viabilidade da política em questão. A maioria dos atores demonstrou pouca compreensão da concepção da Política de Promoção da Saúde e da estratégia Cidade Saudável e, portanto, quanto ao desenvolvimento do processo a ser implementado, sem a possibilidade de um acúmulo direcionado à política em questão;
- f) o que é ratificado, no que se refere ao processo político onde fica evidente a grande mudança inicial para uma ampliação da participação com a interinstitucionalização de vários fóruns, de uma maneira geral e principalmente pela Secretaria de Saúde, mas permeado de algumas lacunas e dificuldades, principalmente, junto às outras secretarias e respectivos funcionários. Isto viabiliza um direcionamento para uma Micro-Política do setor saúde, com perda substancial, do ponto de vista qualitativo, ligado aos

pilares principais direcionados à construção de uma cidade saudável – a participação e a intersectorialidade que, apesar dos *slogans* *Ação por uma vida melhor* e *A grande obra é cuidar das pessoas*, mostrou um posicionamento entre o modelo racional mais normativo, como um modelo ideal (idealizado) que contradiz a realidade e o modelo incremental, uma visão pragmática de como o processo político se desenvolve, ou seja, adotou-se um modelo misto, posicionado entre os dois modelos anteriores;

- g) considera-se, ao fim desta análise, que existiu governabilidade, informação teórica no nível dos dirigentes e normativas disponíveis para a estratégia de cuidar das pessoas e fisicamente da cidade, com reconhecidos avanços para a melhoria de vida da população recifense, mesmo sem conseguir uma ação intersectorial entre os vários setores, porém com eficácia política para se manter como Dirigente por mais quatro anos e indicar um correligionário para a continuidade do processo até 2012.

5.2 RECOMENDAÇÕES

Portanto, se o contexto internacional continua estimulando iniciativas a partir da OPAS/OMS, Canadá/Japão, o contexto nacional continua com uma visão restrita como proposição só do MS, mas favorável ao estímulo para iniciativas para construção de municípios saudáveis, o contexto estadual atual é favorável com ampliação da rede Pernambucana de Municípios Saudáveis, passando de cinco para 12 municípios que participam da rede, com apoio da agencia de planejamento central do estado e tendo a UFPE (NUSP) como órgão coordenador desse processo e, o contexto local pode também manter o mesmo grupo, através das próximas eleições, que vem implementando o processo atual.

E, se o conteúdo da Política e dos outros documentos foi considerado adequado ao enfrentamento dos problemas para tornar a cidade mais saudável, demonstrando competência técnica para diagnosticar e planejar, porém não descentralizadamente, nem intersectorialmente, o foco das recomendações se volta para os atores, no sentido de capacitar para uma maior competência em todos os níveis (referendado pela oficina) e, para o aprimoramento do

processo, no sentido de se trabalhar o fomento para as opções participativas que devem dar sustentabilidade e institucionalizar a proposta de um Recife Saudável, levando-se em conta, todos os grandes potenciais considerados representação da essência da Cidade – beleza natural e ferramentas de preservação, grande patrimônio cultural e grande poder de organização e mobilização e lutas.

Assim, pensamos ter dado uma contribuição para uma análise, também coletiva, na perspectiva do resgate da complexidade das políticas públicas, voltadas para a construção de uma cidade saudável, com o objetivo de compreender como as proposições da promoção da saúde e da estratégia de cidade saudável foram apreendidas, formuladas e implementadas naquele momento da gestão das políticas públicas para a cidade do Recife, no período de 2001-2004, mas, também, como os mesmos atores refletem aqueles momentos vivenciados e o agora, tornando a questão atual com necessidade de ser colocada na agenda do dia seja com que nome for: Cidade saudável, Agenda 21, Desenvolvimento local ou simplesmente Recife Cidade Saudável.

REFERÊNCIAS



ACSELRAD, H. Sustentabilidade e democracia. **Revista Proposta**, Rio de Janeiro, n. 71, p. 11-16, 1997.

AKERMAN, M. Metodologia de construção de indicadores compostos: um exercício de negociação intersetorial. In: BARATA, R. B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 95-113.

AKERMAN, M. et al. Avaliação em Promoção da Saúde: foco no município saudável. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 638-46, 2002.

AKERMAN, M. A construção de um processo educativo composto por múltiplos movimentos e distintos atores para valorizar o imperativo ético da determinação coletiva de necessidades e prioridades: I - alguns fundamentos. **Olho mágico**, Londrina, v. 12, n. 1, p. 46-50, 2005.

AKERMAN, M.; MENDES, R. **Avaliação participativa de municípios, comunidades e ambientes saudáveis: a trajetória brasileira**: memória, reflexões e experiências. São Paulo: Mídia Alternativa, 2006. 220p.

ALBUQUERQUE, P. C. **A Educação popular em saúde no município de Recife-PE**: em busca da integralidade. 193f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

ALVAREZ ALVA, R. Salud pública y medicina preventiva. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La crisis de la salud pública**: reflexiones para el debate. Washington, 1992. (Publicación Científica, n. 540).

ANDION, C.; SERVA, M., Por uma visão positiva da sociedade civil: uma análise histórica da sociedade civil. **Cayapa Revista Venezolana de Economía Social**, Los Andes, Año 4, v.7, n. 7, p. 7-24, dic. 2004.

ARAÚJO JR., J. L. A. C. **Health Sector Reform in Brazil, 1995-1998**: a health policy analysis of a developing Health System. 2000. Thesis (PhD in Health Services Studies) – The University of Leeds, Leeds, 2000.

ARAÚJO JR.; MACIEL FILHO, R. Developing an Operational Framework for Health Policy Analysis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.1, n.3, p. 203-221, 2001.

AROUÇA, S. **O dilema preventivista**: contribuições para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ARRAES, M. Discurso proferido na convenção do PMDB. **Diário de Pernambuco**, Recife, 20 jul.1986. Caderno de Política, p.3

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. Pró-GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local Integral e Sustentável. **Delineando um marco conceitual para a Promoção da Saúde e Qualidade de Vida**. Fórum Social Mundial, Porto Alegre, 23 de janeiro de 2003. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/GTs/GT%20Promocao/Seminario%/20da%20Promocao/Relatorio%201.pdf>> . Acesso em: 07 jun. 2005

AUGUSTO, L.G.S. A. A intersectorialidade das ações e a complexidade das causas. **Revista de Saúde**, São Paulo, Ano 4, n.4, p.19 -20, abr. 2003.

AUGUSTO, L.G.S. A.; FLORÊNCIO, L; CARNEIRO, R. M.(Org.). **Pesquisa(ação) em saúde ambiental**: contexto, complexidade, compromisso social. 2 ed. Recife: Universitária UFPE, 2005.

BARBIERI, J.C. **Desenvolvimento e Meio Ambiente**: as estratégias de mudança da agenda 21. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1977.

BARROS, R. P.; HENRIQUES, R; MENDONÇA, R. **A estabilidade inaceitável**: desigualdade e pobreza no Brasil. Brasília: IPEA, 2001.

BECK, U. **Poder y contrapoder en la era Global**. Barcelona, España: Paidós, 2004.

BERTALANFFY, L.Von. **Teoría General de los sistemas**. México: Fondo de Cultura Económica, 1987.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs/conf/tratados.html>>. Acesso em: 20 maio 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8080**, de 19 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: _____. **Gestão Municipal de Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p.15-34.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. In: _____. **Gestão Municipal de Saúde: leis normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro, 2001c. p. 35-37.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 95**, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://drt2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/psinfo.12pdf>>. Acesso em: 23 maio 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS 15 anos de implantação: desafios e propostas para sua consolidação**. Brasília, D.F. 2003. 23 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Políticas de Saúde) Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/15anos_Folder20SUS.pdfV>. Acesso em: 20 maio 2005.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. **Gestão dos recursos naturais: subsídios à elaboração da Agenda 21 Brasileira**. [s.n.]. Brasília, D.F.: IBAMA, 2000a. 200p.

BRASIL. Secretaria de Políticas Sociais. **Norma Operacional Básica do SUS.- 01/96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso: 23 abr. 2005.

BRASIL. Secretaria de Políticas Sociais. **Promoção à Saúde**. Brasília, DF. 2001d

BRASIL. Secretaria de Políticas Sociais. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria n. 687**, de 30 de março de 2001. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria687_2006_anexo1.pdf> Acesso em: 20 jan. 2007.

BRUNDTLAND, Grö Harlem. **Nosso Futuro Comum**. Rio de Janeiro: FGV, 1991.

BRUSKKE, F. J. O problema do desenvolvimento sustentável. In: CAVALCANTI, C. (Org.). **Desenvolvimento e natureza**: estudos para uma sociedade sustentável. São Paulo: Cortez, 1995.

BRUYNE, Paul de. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**: os pólos da prática metodológica. Rio de Janeiro: F. Alves, 1977. 252 p.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5. n.1, p. 163-177, 2000.

_____. Uma introdução ao conceito de Promoção da saúde. In: CZARINA, D.; FREITAS, C. (Org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.15-38.

CAMPOS, G.W.; BARROS, R.B.; CASTRO, A. M. 2004. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.745-749, jul./set. 2004. ISSN 1413-8123.

CAMPOS, R. O. A promoção à saúde e a clínica: o dilema 'promocionista'. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec, OPAS, 2006. 226p.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CASTRO, A.; MALO, M.(Org.) **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. (Saúde em Debate; v. 175). São Paulo: Hucitec, OPAS, 2006. 22p.

CAVALCANTI, C. (Org.). **Meio ambiente, desenvolvimento sustentável e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 1997.

CESAIRE, A. **La poésie**. Seuil: Paris, 1994.

CHAVES, J.A. **A onda vermelha em Pernambuco**: mudança e continuidade. Recife. Dissertação. (Mestrado em Ciências Políticas). 2002. 130f. Departamento de Ciências Políticas do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da UFPE, Recife, 2002

COMISSÃO MUNDIAL SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO. **Nosso Futuro Comum**. 1988. 2 ed. Rio de Janeiro: FGV, 1991. 430p.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. **América Latina y el Caribe**: Políticas para mejorar la inserción en la economía mundial, Santiago de Chile. Fondo de Cultura Económica, 1998.

CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 5., 2002, Água de Lindóia, SP. **Relatório**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2002.

CONFERÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO, 1996, Rio de Janeiro. **Agenda 21**. Brasília: Senado Federal. Subsecretaria de Edições Técnicas. 1996.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata, URSS. **Declaração de Alma-Ata**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2005.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Declaração de Santafé de Bogotá**. Colômbia, 9-12 de novembro de 1992. Organização Panamericana de Saúde. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Santafe.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2007.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. 1., 1986, Ottawa. **Relatório**. Ottawa, Organização Mundial de Saúde, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>> Acesso em: 02 maio 2008.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. 3., 1991, Sundsvall. **Declaração de Sundsvall sobre Promoção da Saúde**. Sundsvall, Organização Mundial de Saúde, 1991. Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_print.asp?cod_noticia=205>. Acesso em: 02 maio 2008.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. 4., 1997, Jacarta, República da Indonésia. **Declaração de Jacarta**. Jacartae, 1997. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Jacarta.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2007.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. 5. Cidade do México. 2000. **Promoção da Saúde: rumo a uma maior equidade**. Cidade do México: Organização Mundial de Saúde, 2000. Disponível em: <http://www2.dce.ua.pt/funcionarios/gomes/documentos/saude/declaracao_m%C3%A9xico.pdf> Acesso em: 02 jun.2007.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. 6., 2005, Bangkok, Tailândia. **A Carta de Bangkok para a promoção de saúde em um mundo globalizado**. Bangkok, Tailândia: Organização Mundial de Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2007.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DA CIDADE DO RECIFE. n.1. **Carta do Saneamento do Recife**. abr. 2002c. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br>>. Acesso em: 22 de maio de 2008.

CONFERÊNCIA SOBRE AÇÃO INTERSETORIAL PARA A SAÚDE. Halifax, Nova Escócia, Canadá, Genebra. 1997. **Pilar da Saúde para Todos no Século XXI**. Canadá, 1997. **Relatório...** Mimeografado.

CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 5., 2002, Água de Lindóia, SP. **Relatório**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2002.

CONSTANÇA, R.; PATEN, B. Defining and predicting sustainnability. **Ecological Economics**, Amsterdam, n.15, p.193-196, 1995.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira M. A. (Org.), **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-47.

_____. Elementos para uma topografia do conceito de saúde. **Rupturas Revista Transdisciplinar em Saúde**, Montreal, v.11, n.1, p.86-99, 2006.

CORAGGIO, J.L. **Política Social y Economía del trabajo**: alternativas a la política neoliberal para la ciudad. Madrid: Miño y Dávila, 1999.

CORDEIRO, J.C. **Democracia e Saúde**: uma análise política do processo institucional da saúde no governo da frente popular em Pernambuco (1987-1989). 1995. 200f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 1995.

_____. Reseña del libro Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas. **REDES Revista hispana para el análisis de redes sociales**, Barcelona, v.12, n.10, jun. 2007. Disponível em: <http://revista-redes.rediris.es/html-vol12/Vol12_10.htm>. Acesso em: 03 abr. 2008. ISSN:1579-0185.

_____. Reseña del libro Desborde criativo: estilos y estrategias para la transformación social. **Revista cuadimestral de ciencias sociales**. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Universidad Complutense, Madrid, v. 45, n.1, p.281-283, ene.-abr. 2008.

COSTA, A. M. **Avaliação da Política Nacional de Saneamento Brasil 1996-2000**. Rio de Janeiro. 248f. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Org.). **Handbook of Qualitative Research**. 2. ed. London: Sage, 2000. p.1-28.

_____. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens, 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 432p.

DHUL, L. Healthy City: Its Function and its Future. **Health Promotion International**, Oxford, v.1, n.1, 55-60, 1986.

DIEGUES, Antônio Carlos. Desenvolvimento sustentável ou sociedades sustentáveis: da crítica dos modelos aos novos paradigmas. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 6, n.1-2, p. 22-29, jan/jun 1992.

DUNN, W. N. **Public policy analysis**: an introduction. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1981. 388 p.

DURKHEIM, E. **Da divisão do trabalho social**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

ELIAS, N.; SCOTSON, J. **Os estabelecidos e os outsiders**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

EVANS, P. O Estado como problema e solução. **Lua Nova Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 28-29, p. 107-157, 1993.

FERNÁNDEZ, V. Políticas Locales y integralidad: una mirada desde las metodologías implicativas. In: ROMERO, JC.; YÁÑEZ, P. P. **Praxis participativas en la América latina actual: Construyendo Ciudadania/9**. Málaga: CEDMA/CIMAS, 2006. p. 61-82.

FERRAZ, S.T. A pertinência da adoção da filosofia de cidades saudáveis no Brasil. **Saúde em debate**, Londrina, n. 41, p.45-49, dez. 1993.

FERREIRA, J.R.; BUSS, P.M.. Atenção primária e promoção da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**. Brasília, D.F., 2001.

FERREIRA, V.S.C.; VIEIRA DA SILVA, L. M. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: HATZ, Z.M. de A.; VIEIRA DA SILVA, L.M. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p.103-150.

FIGUEIREDO, M. F.; FIGUEIREDO, A. M. C. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. **Análise e conjuntura**, Belo Horizonte, v.1, n. 3, p. 107-127, set.-dez. 1986.

FISCHER, T (Org.). **Gestão contemporânea: cidades estratégicas e organizações locais**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996. 208p.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. 251p.

FONTES, B. Capital social e terceiro setor: sobre a estruturação das redes sociais em associações voluntárias. In: MARTINS, P.H.; FONTES, B. 2004. **Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas**. Recife: Universitária UFPE, 2004. 159p. p.49-75.

FOUCAULT, M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. **Educación médica y salud**, v.10., n.29, p. 152-170, 1976.

FRANCO DE SA, R. M. P. (Org.); NISHIDA, M. (Org.). **Evidências de efetividade do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil: o olhar da Gestão**. 1. ed. v. 1. Recife: Universitária UFPE, 2008. 133 p.

FRANCO DE SÁ, R. et al. Municípios saudáveis e inclusão social no Nordeste do Brasil. SIMPÓSIO INTERNACIONAL IUCISD. 14., 2005, Recife. **Palestra**. Recife, jul. 2005, p. 25-29. Mimeografado.

FRENK, M. J. La nueva salud pública. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, **La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate**. Washington, 1992. (Publicación Científica. n. 540).

FREY, Klaus. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas** (IPEA), Brasília, n. 21, p.211-259, jun.2000.

FUNDAÇÃO GAIA. Faculdades impulsionam cidades saudáveis. 2004. **Relatório**. Disponível em: <<http://www.fgaia.org.br/relatorios/2004/fgaia2004.pdf>> Acesso em: 12 jul.2004.

GERSCHMAN, S. Por um enfoque integrado na análise de políticas sociais. In: TEIXEIRA, S. F. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. p.127-133.

GIDDENS, A. **As conseqüências da modernidade**. São Paulo: Unesp, 1991.

GRAMSCI, A. Cadernos do Cárcere. **O Risorgimento**. Notas sobre a história da Itália. v.5. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. 448p.

GRANOVETTER, M. **Getting a job**: a study of contacts and careers. Chicago: University of Chicago Press, 1995.

_____. La fuerza de los vínculos débiles. **Política y Sociedad**, Madrid, n. 33, p. 41-56p., 2000.

GUATARRI, F. **Micro-Política**: Cartografia do Desejo. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

GURGEL, I.G.D. **A pesquisa científica na condução de políticas de controle de doenças transmitidas por vetores**. 2007. 310f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica**. São Paulo: L&PM, 1987.

_____. **Consciência moral e agir comunicativo**. Tradução de Guido A. de Almeida. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

HANCOCK, T. People, partnerships and human progress: building community capital. **Health Promotion International**, Oxford, v. 16, p. 275-280, Sept. 2001.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.) **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 275p.

HERCULANO, Selene Carvalho. Do desenvolvimento (in) suportável à sociedade feliz. In: GOLDENBERG, M. (Org.). **Ecologia, ciência e política**. Rio de Janeiro: Revan, 1992. p. 9-48.

HEWITT, N. **Guía europea para la planificación de las Agendas 21 locales**. Bilbao: Bakeaz, 1998.113p.

IBAÑEZ, J. Nuevos avances en la investigación social. **Suplementos Anthropos**, Barcelona, n.22, 200p., 1990.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Brasília, 1996.

INOJOSA, R.M.; JUNQUEIRA, L.A.P. **Desenvolvimento social e intersetorialidade: a cidade solidária**. São Paulo: FUNDAP, 1997.

IPEA. **Radar Social: condições de vida no Brasil**. Brasília, 2006. 86p.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.31-46, 1997.

KICKBUSCH, I.; PAYNE, L. Twenty-first Century Health Promotion: the Public Health Revolution Meets the Wellness Revolution 2003? **Health Promotion International**, Oxford, v. 18, n.4, p.275-8, Dec. 2003.

KICKBUSCH, I. **Intersectoral action for health: Health for all renewal meeting summary presentation**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1997. (HPR/97.4) Disponível em: <<http://www.cpha.ca/uploads/progs/infra/intersectoral.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2006.

KINZO, M. D. G. Partidos, Eleições e Democracia no Brasil Pós-1985. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.19, n.54, p.23-40, 2004.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. 230p.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1987. 257p.

KVALE, S. **Interviews: an introduction to qualitative research interviewing**. London: Sage, 1996.

LALONDE, M. El concepto de "Campo de la Salud": Una perspectiva canadiense. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Promoción de la Salud: una antología**. Washington, D.C., 1996. (Publicação científica, n. 557).

LARA, M. C. Cidades sustentáveis: espaços para a atual e futuras gerações. **Revista de Saúde**, São Paulo, Ano 4, n.4, p.27-28, abr. 2003.

LAYRARGUES, P.P. Do ecodesenvolvimento ao desenvolvimento sustentável: evolução de um conceito? **Revista Proposta**, Rio de Janeiro, n. 71 p.5-10, fev. 1997.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004. 166p.

LEFF, Enrique. **Saber ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. 343p.

LIMA, G.F. da C. O debate da sustentabilidade na sociedade insustentável. **Revista Política e Trabalho**, João Pessoa, n. 13, p.201-222, 1997.

_____. O discurso da sustentabilidade e suas implicações para a educação. **Ambiente e Sociedade**, Campinas, v. 6, n. 2, p. 99-119, jul.-dez. 2003.

LOIOLA.E.; MOURA, S. Análise de redes: uma contribuição aos estudos organizacionais. In: FISCHER,T. (Org.). **Gestão contemporânea: cidades estratégicas e organizações locais**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996. p. 53-68.

LOURAU, R. **Análise institucional**. 2 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

LUKÁCS, G. **Ontologia do Ser Social: Os princípios ontológicos fundamentais de Marx**. São Paulo: Ciências Humanas, 1979. 174p.

MARTINS, P.H.; FONTES, B. **Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas**. Recife: Universitária UFPE, 2004. 159p.

MATUS, C. **Política, planificación y gobierno**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud/Instituto Latino Americano y del Caribe de Planificación Económica y Social, 1987. p. 133-61.

_____. **Política, planejamento e governo**. 3. ed. Tomo I. Brasília: IPEA, 1997.

_____. **Política y plan**. Caracas: Iveplan, 1984. 186p.

MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva: forma razão da troca nas sociedades arcaicas. In: MAUSS, M.. **Sociologia e antropologia**. v. 2. São Paulo: EDUSP, 2003. p. 37-184

McCORMICK, Jonh. **Rumo ao paraíso: a história do movimento ambientalista**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1992. 241p.

MELO FILHO, D.A.; SÁ, R. F.; CHUMA, J. **Avaliação do capital social nas áreas de atuação do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil**. Recife: Bargaço, 2007.

MENDES, E.V. Mesa redonda: saúde e qualidade de vida. **Espaço para a saúde**, Curitiba, v.4, n.4, p.19-22, jan. 1995.

_____. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999. 300p.

MENDES, R.; AKERMAN, M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: FERNANDEZ, J.C.A.; MENDES, R. **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, Cepedoc, 2007.148p. p.85-109.

MENDES, R. Qualidade de vida nas cidades: o movimento por cidades saudáveis. **Revista da Saúde**, São Paulo, Ano 3, n.26, p.9, jul. 2001.

_____. **Coletânea multicêntrica de avaliação em promoção da saúde: experiências brasileiras**. n.1, São Paulo: Mídia Alternativa, 2006. 220p.

MENÉNDEZ, E. Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. In: Organización Panamericana de la Salud. **La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate**. Washington, D.C.: OPS; 1992. (Publicación Científica No. 540). p. 103-122.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992. 229p.

MINAYO, M.C. de S. (Org.). **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 344p.

MINAYO, M.C. de S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 244 p.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo. Introdução ao Pensamento Complexo.** 2.ed. Lisboa: Instituto Piaget, 1990. 177p.

_____. **Meus Demônios.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

_____. **O método 3: o conhecimento do conhecimento.** Tradução Juremir Machado da Silva. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina, 1999a 288p.

_____. **Complexidade e transdisciplinaridade: a reforma da universidade e do ensino fundamental.** Natal: UFRN, 1999b

_____. **Saberes globais e saberes locais: o olhar transdisciplinar.** Participação de Marcos Terena. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya; revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho. 8. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2003. 118p.

MOYSÉS, Samuel Jorge. **Oral health and healthy cities: an analysis of intra-urban differentials in oral health outcomes in relation to “healthy cities” policies in Curitiba, Brasil.** The Royal Free and University College Medical School, Department of Epidemiology and Public Health. London: University College London, 2000. 386p.

NÁJERA, E. La salud pública, una teoría para una práctica. Se precisa su reconstrucción? In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate,** Washington, D.C., p.123-132, 1992. (Publicación Científica n. 540).

NEVES, J.L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Cadernos de Pesquisa em Administração,** São Paulo FEA/USP, v.1, n.3, 2º sem. 1996.

O'DONNELL, G.; OSZLAK, O. Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. In: KLISKSBERG, B; SULBRANDT, J. (compiladores). **Para investigar la administración pública: modelos y experiencias latinoamericanas.** Instituto Nacional de Administración Pública. Alcalá de Henares. Madrid (España), 1984.

O'DONNELL, G. Transições, continuidades e alguns paradoxos. In: REIS, F. W.; O'DONNELL, G. (Org.) **A democracia no Brasil: dilemas e perspectivas**. São Paulo: Vértice, 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Preparação de indicadores para vigiar os progressos realizados para a meta saúde para todos no ano 2000**. Genebra, 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Health promotion evaluation: recommendations to policymakers**. Copenhagen: European Group on Health Promotion Evaluation, 1998.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Análisis del desarrollo de la teoría y practica de la salud publica en la región de las Américas**. Washington, D.C., jul. 1991.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Promoção de Saúde: avanços e lições aprendidas, de Ottawa a Bangkok, e perspectivas futuras**. Washington, D.C., 19-23 jun. 2006.

OUELLET, F; DURAND, D; FORGET, G. Preliminary results of an evaluation of three healthy cities initiatives in the Montreal area. **Health Promotion International**, Oxford, v.9, p.153-159, 1994.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 02 jun. 2008.

PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p.473-487.

_____. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. 2007. 300f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

_____. **Política e reforma sanitária**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. 447p.

PEDROSA, J. I. S. Planejamento e monitoramento das ações de educação em saúde através dos indicadores de promoção da saúde: uma proposta. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 1, n.2, p. 155-156, maio-ago., 2001.

_____. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.617-626, jul.-set. 2004.

PENA FILHO, C. **Guia Prático Histórico e Sentimental da Cidade do Recife: o início**. (1969). 5 ed. São Paulo: Global, 2007.

PERNAMBUCO. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Social. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Social Sustentável Local da Zona da Mata de Pernambuco. **Diagnóstico participativo do município de Itambé**. Itambé, 2003. 83 p.

PERNAMBUCO. Agência Estadual de Planejamento e Pesquisa de Pernambuco. CONDEPE/FIDEM. **Prometropole: metrópole estratégica – região metropolitana do Recife**. Amélia Reynaldo (Org.). Recife. 2005a 340p. Disponível em: <www.condepefidem.pe.gov.br>. Acesso em: 24 abr. 2007.

PERNAMBUCO. Tribunal de Contas do Estado. Coordenadoria de controle externo. Auditoria de natureza operacional. **Avaliação do Programa Saúde Ambiental – PSA** (Prefeitura do Recife). Recife. 2005b. Disponível em: <<http://tce.pe.gov.br/anop/auditorias.htm>> Acesso em: 22 maio 2008.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 114, p. 179-195, nov. 2001.

PINHEIRO, A.C.; GIAMBIAGI, F.; MOREIRA, M. M. **O Brasil na década de 90: uma transição bem-sucedida?** Texto para Discussão n. 91, nov. 2001. Disponível em: <<http://www.bndes.gov.br/conhecimento/publicacoes/catalogo/td.asp>> Acesso em: 02 maio 2008.

PODER. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. v.2, 5. ed. Brasília: UnB, São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000. p.933-943.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO HUMANO. **Relatório do Desenvolvimento Humano Sustentável do Rio de Janeiro: Violência, Criminalidade e Segurança**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO HUMANO. **Relatório de Desenvolvimento Humano Sustentável**. 2001. Novas tecnologias e Desenvolvimento Humano. Brasília/Lisboa: Trinova, 2002. 266p.

RACZYNSKY, D. **Equidad, inversión social y pobreza: innovar en como se concibe, diseña y gestiona las políticas y los programas sociales**. Santiago: MIDEPLAN- CEPAL, 2001.

RAMALHO, O. A. **Advocacia da Coalização e Processo Decisório em Ações Intersetoriais relacionadas à Saúde e Estratégias de Cidade Saudáveis em Camaragibe - PE**. 2004. 250f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia. Universidade de Pernambuco, 2004.

RECIFE. **Decreto n. 22.000**, de 5 de junho de 2006. Institui o programa Prefeitura do Recife Livre do Fumo e regulamenta o uso de produtos fumígenos nas dependências das unidades da Administração Direta e Indireta do Município do Recife. 2006a. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/2007/07/20/mat_145108.php> Acesso em: 22 abr. 2008.

RECIFE. Secretaria de Comunicação Social. **Poder público municipal, voluntariado e perspectiva de gênero**. Cordenadoria do Voluntariado, 2002e. 27p. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/voluntarios>>. Acesso em: 22 maio 2008.

RECIFE. Secretaria de Cultura. **Programa Multicultural**. 2006b. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/modelo.php?id=145&Tipo=Dbr>>. Acesso em: 22 abr. 2008.

RECIFE. Secretaria de Educação. **Escola intinerante de informática**. 2002d. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/2007/07/02/informatica_na_educacao_144795.php>. Acesso em: 22 maio 2008.

RECIFE. Secretaria de Educação. **Recife, sonhos de crianças projetados na cidade: orçamento participativo da criança**. v. 5. Série Educação e Cidade, 2003. 50p.

RECIFE. Secretaria de Planejamento, Obras e Desenvolvimento Urbano e Ambiental. **Orçamento participativo do Recife: obras que ficam para sempre**. 2007b. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/pr/secorcamento>> Acesso em: 22 abr. 2008.

RECIFE. Secretaria de Planejamento, Obras e Desenvolvimento Urbano e Ambiental. **Plano Diretor do Recife**: texto para discussão. 2004. 108p. Disponível em: < <http://www.recife.pe.gov.br/pr/secplanejamento/planodiretor/>>. Acesso em: 22 abr. 2008.

RECIFE. Secretaria de Planejamento, Urbanismo e Meio Ambiente. **Recife Cidade Saudável**: Plano Plurianual 2002-2005. 2001a.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Caderno de Informações**: Sistema Único de Saúde 2001-2007. 2007a. Disponível em: < http://www.recife.pe.gov.br/2007/07/04/mat_144861.php >. Acesso em: 22 abr. 2008.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Epimangue**: um movimento para a vida. 2001b. Mimeografado. (Trabalho não Publicado).

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Mortalidade Infantil na cidade do Recife nos anos 1998 e 1999**. Diretoria de Epidemiologia e Vigilância à Saúde, 2000.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**: 2002-2005. 2002a. Disponível em: < http://www.recife.pe.gov.br/2007/07/04/mat_144836.php >. Acesso em: 22 abr. 2008.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Programa Academia da Cidade**. 2002b. Disponível em: [http://www.<http://www.recife.pe.gov.br/2007/07/04/mat_144861.php](http://www.recife.pe.gov.br/2007/07/04/mat_144861.php) >. Acesso em: 22 abr. 2008.

RESTREPO, H. E. Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. In: H.E.RESTREPO; MALAGA, H. (Org.). **Promoción de la salud**: como construir vida saludable. Bogotá: Médica Internacional, 2001. 298p.

REUNIÃO TÉCNICA DOS PÓLOS DE CAPACITAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 2000, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000b. 84p.

RIGHETTIS, S. Cidades Saudáveis: condições ambientais e bem estar social são fatores que influenciam saúde da população. **Ciência e cultura**. São Paulo: Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, v. 56, n.2, abr.-jun., p.6-7. 2004.

ROMERO, J.C.; YÁÑEZ, P.P. **Praxis participativas en la América latina actual**: Constryendo Ciudadania. v.9. Málaga: CEDMA/CIMAS, 2006. 402p.

- ROSEN, G. **Da Política Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- SADER, Emir. **Pós-Neoliberalismo**. São Paulo: Paz e Terra, 1995.
- SAMPAIO, J. **A construção de novas políticas públicas como caminho para prevenção da AIDS**. 2006. 222f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE, Recife, 2006.
- SAMUELS, David. A economia política da reforma macroeconômica no Brasil 1995-2002. **Dados Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, p. 805-835, 2003.
- SANTOS, B. S. **A globalização e as ciências sociais**. São Paulo: Cortez, 2005.
- SANTOS, E. R. R. dos. **Ações de promoção à saúde: caminho para a construção de uma cidade saudável? O caso do Recife**. 2004. 157f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Recife, 2004. Mimeografado.
- SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A., SILVEIRA, M. L. de (Org.). **Território: globalização e fragmentação**. São Paulo: Hucitec-Anpur, 1994. p.15-20.
- SCHWARTSMAN, A. Metas para a inflação: imperfeitas para um mundo imperfeito. In: URANI, A.; GIAMBIAGI, F.; REIS, J. G. (Org.). **Reformas no Brasil: Balanço e Agenda**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004.
- SIMMEL, G. Sociabilidade: um exemplo da sociologia pura ou formal. In: MORAES FILHO, E. de. (Org.). **Sociologia: Simmel**. São Paulo: Ática, 1993. p.165-181.
- SILVA, P. L. B. **Modelo de avaliação de programas sociais prioritários**. Campinas: Nepp/Unicamp, 1999. 129 p.
- SILVA, L. R. **Democracia e política econômica no Brasil: os limites da politização das questões econômicas entre 1985-2003**. 102 f. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências

Sociais) – Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora (ICH/UFJF), Minas Gerais, 2007.

SOUSA SANTOS, B. (Org.). **Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais**. Porto: Afrontamento, 2004.

SOUZA, A. de; LAMOUNIER, B. (Org.). **De Geisel a Collor: o balanço da transição**. São Paulo: Sumaré, Instituto de Estudos Econômicos, Sociais e Políticos de São Paulo, 1990.

SPERANDIO, A. M. G. (Org.). **O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis**. v.1. Campinas, SP: Unicamp, Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários, 2003. 88 p.

_____. **O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis**. v. 2. Campinas, SP: Unicamp, Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários, 2004a. 94p.

_____. **Tecendo a sustentabilidade da rede de municípios potencialmente saudáveis**. v. 4. Campinas, SP: Unicamp, Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários, 2004b 123 p.

SPINK, Mary Jane (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999.

STERLING, S. **Sustainable education: re-visioning learning and change**. Bristol, UK: Green Books, 2001.

TAMBELLINI, A.T. Notas introdutórias para pensar a questão das relações entre a saúde e o ambiente. In: SEMINÁRIO DE SAÚDE E AMBIENTE COM CONTROLE SOCIAL, 1., 2003, Brasília. **Resumos...** Brasília: Conselho Nacional Saúde, 2003. Mimeografado.

TARRIDE, M. I. **Saúde Pública: uma complexidade anunciada**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. 107p.

TEJADA DE RIVERO, D. Salud pública y atención primaria de salud: una evaluación crítica. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate**, Washington, 1992. (Publicación Científica n. 540).

TERENA, M. **Saberes globais e saberes locais**: o olhar transdisciplinar. Participação de Marcos Terena. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

TESTA, M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 108. Série Didática 6, p.17-70, 2000.

_____. De ilusiones Perdidas y Esperanzas Futuras. **Saúde em Debate**. v.24, n.55, p.5-30, 2002.

_____. Estrategia, coherência y poder en las propuestas de salud. **Cuadernos Médico Sociales**, Rosário-Argentina, n.38, (primera parte), p.3-24, 1986.

_____. Estrategia, coherência y poder en las propuestas de salud. **Cuadernos Médico Sociales**, Rosário – Argentina, n. 39, (segunda parte), p. 3-27, 1987.

_____. **O planejamento estratégico na abordagem das políticas sociais**. Rio de Janeiro: ENSP, 1986.

_____. **Pensamento estratégico e lógica de programação**: o caso da saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec / ABRASCO, 1995.

_____. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992a.

_____. Planejamento em saúde: as determinações sociais. In: NUNES, E. D. (Org.) **As ciências sociais em saúde na América Latina**: tendências e perspectivas. OPAS: Brasília, OPAS, 1985. p. 335-364.

_____. **Planificación estratégica en el sector salud**. Caracas, Venezuela: CENDES-UCV, 1981. Mimeografado.

_____. Salud pública: acerca de su sentido y significado. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La Crisis de la Salud Pública**: reflexiones para el debate. 1992b. (Publicação Científica n. 540).

TESTA, M. et al. **Tecnoburocracia Sanitária: ciência, ideologia y profesionalización en la salud pública.** Buenos Ayres: Lugar editorial S. A, 1994. 220 p.

TRIVINOS, A.N. S. Abordagens metodológicas e políticas públicas. **Revista de administração pública.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, v. 2, n. 30, p.5-43, mar.-abr. 1996.

_____. **A introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1992.

_____. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para estudos sobre políticas sociais. In: CANESQUI, A. M. (Org.) **Ciências Sociais e Saúde.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. cap. 10, p.2005-215.

VILLASANTE, T. R. **Algunas diferencias para o debate creativo: abriendo una nueva etapa para el network analysis.** Madrid, 2002. Disponível em: <<http://www.cimas.eurosur.org>> Acesso em: 25 jun. 2007.

_____. **Desborde criativo: estilos y estrategias para la transformación social.** Madrid. La Catarata, 2006. 427p.

_____. Metodologia dos conjuntos de ação. In: FISCHER, T. (Org.). **Gestão contemporânea: cidades estratégicas e organizações locais.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996. 208p.

_____. **Redes alternativas: estratégias e estilos criativos na complexidade social.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. 245p.

_____. **Redes y sociopraxis,** 2005. 47p. Disponível em: <<http://www.cimas.eurosur.org>> Acesso em: 25 de jun de 2007.

_____. **Valores abstractos o praxis concretas.** Madrid, 2003. Disponível em: <<http://www.cimas.eurosur.org>>. Acesso em: 25 jun. 2007.

WALT, Gill; GILSON, Lucy. Reforming the Health Sector in developing countries: the central role of policy analysis. **Health Policy and Planning,** London, v. 9, n. 4, p. 353-370, 1994.

WEBER, Max. Os fundamentos da organização burocrática: uma construção do tipo ideal, In: CAMPOS, E. (Org.) **Sociologia da burocracia**, Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. p.15-28.

WESTPHAL, M. F. O movimento cidade/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 39-51, 2000.

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n.6, p.46-61, 2000.

WESTPHAL, M. F.; WALLERSTEIN, N. Saúde, desenvolvimento e equidade. **IUHPE-Promotion and education supplement**, special edition 1, p.31-2, 2007.

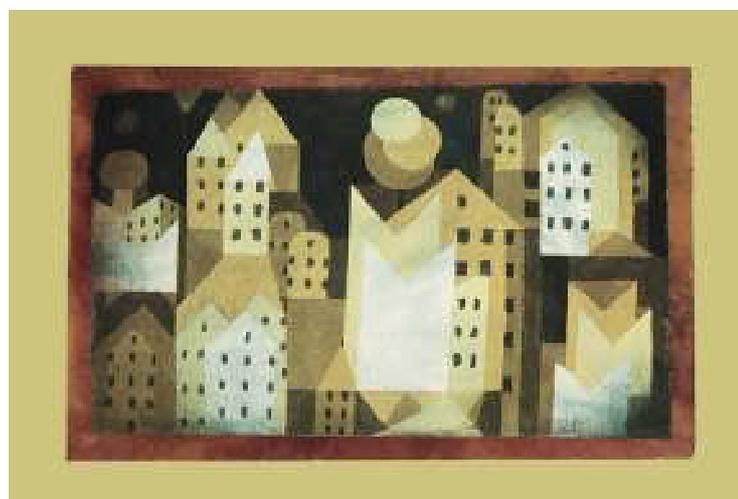
WHITEHEAD, M. **The Concepts and Principles of Equity and Health**. Document EUR/ICP/RPD 414. Copenhagen: Organização Mundial de Saúde, 1990.

WILKINSON, R.; MARMOT, M. **Social determinants oh health: solid facts**. Copenhagen: Organização Mundial de Saúde, 2003.

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

YUASA, M. et al. Emergence model of social and human capital and its application to the healthy municipalities project in northeast Brazil. **Health Promotion International**, Oxford, v. 22, p. 92-298, Dec. 2007.

APÊNDICES



APÊNDICE A

Códigos	Instituições
GRUPO 1: (GG) GOVERNAMENTAL	
GG- 01	Secretaria de Políticas Sociais
GG-02	Secretário de Saúde
GG-03	Secretária de Educação
GG-04	Secretário de Saúde
GG-05	Secretário de Saúde
GG-06	Secretário de Saúde
GG-07	Secretaria de Serviços Públicos
GG-08	Gabinete do Prefeito
GG-09	Secretário de Saúde
GG-10	Secretário de Saúde
GG-11	Secretaria de Planejamento
GG-12	Secretário de Saúde
GG-13	Secretário de Saúde
GRUPO 2: (GNG) NÃO-GOVERNAMENTAL	
GNG – 01	Sociedade Civil (usuário do Academia da cidade)
GNG – 02	Sociedade Civil (usuário do Academia da cidade)
GNG – 03	FOP/UPE
GNG – 04	Conselho Municipal de Saúde
GNG – 05	NUSP/UFPE (Projeto Municípios Saudáveis)
GNG – 06	Sociedade civil (SOS Corpo ⁵⁴)
GNG – 07	Sociedade civil (Delegado do OP)
GNG – 08	COSEMS ⁵⁵
GNG – 09	Câmara de Vereadores (Comissão de Saúde)

Figura 3: Lista dos Atores/Interlocutores-Chave

Fonte: a autora

⁵⁴ Instituto Feminista pela Democracia

⁵⁵ Conselho de Secretários Municipais de Saúde

APÊNDICE B

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS⁵⁶ COM INFORMANTES-CHAVE⁵⁷:

Concepção da política e avaliação da prática:

Cidade Saudável? Promoção da Saúde? Qualidade de vida? O que caracteriza uma política pública para uma cidade saudável? Como avalia o grau de avanço conseguido até o momento atual para a cidade do Recife? Qual o maior problema enfrentado na sua operacionalização?

Conteúdo / Integralidade:

Quais os documentos marcos desta política? Quais os setores envolvidos?

Cidade Saudável? Promoção da Saúde? Qualidade de vida? O que caracteriza uma política pública para uma cidade saudável? Como avalia o grau de avanço conseguido até o momento atual para a cidade do Recife? Qual o maior problema enfrentado na sua operacionalização?

Contexto (Macro e Micro-Contexto):

Quais são os principais acontecimentos neste campo, no transcorrer destes últimos 30 anos, no Brasil e mundo? Como caracterizaria o contexto da proposta política geral para a cidade do Recife, durante o período de 2001-2004?

Processo / Atores:

Como a agenda dessa política vem sendo construída? Como se realizou o processo de tomada de decisão para a construção (formulação e implementação) da política para uma Recife Saudável?

Qual a análise que se pode fazer dos processos de construção das diversas redes que vêm possibilitando a sustentabilidade da mudança para a qualidade de vida no Recife?

Quais foram os atores envolvidos nos diferentes projetos/programas voltados para a qualidade de vida? Quem quais foram os principais atores envolvidos?

⁵⁶ As questões serão traduzidas numa linguagem adequada aos diferentes níveis de redes dos atores a serem pesquisados.

⁵⁷ **Orientações para o entrevistador:**

- a. agradecer a disponibilidade do entrevistado e valorizar a sua participação no âmbito do Projeto;
- b. explicar que as respostas são confidenciais e somente serão usadas no contexto do Projeto;
- c. informar ao entrevistado (ou entrevistada) que pode interromper a entrevista a qualquer momento que deseje;
- d. pedir permissão para gravar as falas e justificar que a utilização desta se destinará exclusivamente a posterior transcrição, tendo em vista a dificuldade de registro, por escrito, durante a entrevista, o que poderá acarretar a perda de conteúdos importantes;
- e. solicitar dos participantes que assinem o termo de consentimento.

APÊNDICE C

DOCUMENTOS	
01	Programa de Governo da 1ª Gestão
02	Plano Plurianual – PPA (1ª Gestão).
03	Plano Diretor do Recife (2001-2004)
04	Orçamento Participativo do Recife (OP/2001-2007)
05	Programa de Infra-Estrutura em Áreas de Baixa Renda da Região Metropolitana do Recife (RMR) – PROMETRÓPOLE
06	Programa Guarda-Chuva: Gestão de Risco de Morros e Alagados
07	Saneamento Integrado
08	Recife sem Palafitas
09	Política Multicultural
10	Círculos Populares de Esporte e Lazer
11	Programa Escola Aberta
12	Informática nos Bairros (recife.com.jovem)
13	Programa Alunos nos Trínque (kit escola / Uniforme e livro didático)
14	Barco-Escola Águas do Capibaribe
15	Modelo de Atenção à Saúde para o Recife - Construindo uma Cidade Saudável
16	Plano Municipal de Saúde – 2002/2005
17	Programa Academia da Cidade
18	Programa Saúde Ambiental (PSA)
19	Programa Saúde da Família (PSF)
20	Programa de Combate à Filariose
21	V Conferência Municipal de Saúde do Recife: “Construindo uma cidade saudável: descentralização e integralidade como caminhos”. Propostas aprovadas em plenária, diretrizes políticas e recomendações. 2001
22	VI Conferência Municipal de Saúde do Recife-Recife Saudável: o desafio da integralidade e do comando único do sistema de saúde. Relatório final. Recife - PE. (agosto de 2003)
23	Proposta Municipal de Educação Popular em Saúde SMS – PCR
24	PROGRAMA + Vida (saúde mental)
25	I Conferência de Saúde da Mulher
26	I Conferência de MEIO AMBIENTE
27	EPIMANGUE: um movimento para a vida. SS/RECIFE, 2001.
28	Ambientes Livre do Fumo
29	Limpeza Urbana – EMLURB
30	Programa de Voluntários

Figura 4: Documentos Marcos da Política *Recife Cidade Saudável*

Fonte: a autora.

APÊNDICE D

DOCUMENTOS		GG	GNG	Total
01	Programa de Governo da 1ª. Gestão	-	1	01
02	Plano Plurianual (PPA) da 1ª. Gestão	1	1	02
03	Plano Diretor do Recife (2001-2004)	3	1	04
04	Orçamento Participativo do Recife (OP/2001-2007)	3	2	05
05	PROMETRÓPOLE	1	1	02
06	Programa Guarda-Chuva de Contensão dos Morros	3	1	04
07	Saneamento Integrado	1	-	01
08	Recife sem Palafitas	1	-	01
09	Política Multicultural	1	-	01
10	Círculos Populares de Esporte e Lazer	2	-	02
11	Programa Escola Aberta	1	-	01
12	Informática nos Bairros (recife.com.jovem)	2	-	02
13	Programa Alunos nos Trinques (kit escola /	1	-	01
14	Barco-Escola Águas do Capibaribe	1	-	01
15	Modelo de Atenção à Saúde para o Recife –	3	-	03
16	Plano Municipal de Saúde - 2002/2005	-	1	01
17	Programa da Academia da Cidade	6	5	11
18	Programa da Saúde Ambiental(PSA)	7	2	09
19	Programa de Saúde da Família(PSF)	3	2	05
20	Programa de Combate a Filariose	3	1	04
21	V Conferência Municipal de Saúde do Recife:	3	1	04
22	VI Conferência Municipal de Saúde do Recife-	2	1	03
23	I Conferência do Meio-Ambiente	1	-	01
24	I Conferência de Saúde da Mulher	-	1	01
25	Proposta Municipal de Educação Popular em Saúde	2	1	03
26	Programa + Vida (Saúde Mental)	3	1	04
27	EPIMANGUE	1	1	01
28	Ambientes Livre do Fumo	-	1	01
29	Limpeza Urbana – EMLURB	2	2	02
30	Proposta dos Voluntários	-	1	01

Figura 9: Documentos Marcos da Política “Construindo uma Cidade Saudável” por grupo entrevistado para a Prefeitura do Recife, no período 2001-2004.

Fonte: a autora.

APÊNDICE E

Roteiro para discussão

Oficina de Devolução

Objetivos:

- **Devolver o discurso para problematizar a realidade vivenciada com os atores;**
- **Promover / estimular uma reflexão de segunda ordem.**

Perguntas para devolução:

1. **Que fizemos?**
2. **Como nos organizamos?**
3. **Com a experiência atual, como acha que deve ser feito.**

APÊNDICE F

Tetralemas apresentados na Oficina de Devolução

ENFOQUE SETORIAL	ENFOQUE NA PARTICIPAÇÃO E NA SUSTENTABILIDADE POLÍTICA
<p><i>Trabalhar a cidade saudável hoje, pra gente tem sempre a questão da sustentabilidade... eu acredito que no Recife deu certo ao ponto de que nenhum outro gestor vai chegar e vai conseguir agir dentro de um modelo assistencial meramente (Ent. GG-04).</i></p>	<p><i>Temos também buscado trabalhar com a perspectiva da promoção da saúde fazendo um pouco a crítica á concepção mais dominante que a organização mundial da saúde faz desse conceito,..a participação social, o controle social é extremamente secundarizado dentro das políticas de formação da saúde pela própria OMS (Ent. GG-10).</i></p>
ENFOQUE NOS HÁBITOS OU NO AMBIENTE	ENFOQUE INTERSETORIAL
<p><i>Uma cidade saudável é muito importante pra todos nós. Saudável é a saúde da gente, é fazer coisas pra beneficiar nossa saúde. Caminhar e esta convivência que nós temos aqui no Academia da Cidade são muito importantes e faz muito bem à saúde da gente... (Ent: GNG-01).</i> <i>...gosto do tema promoção a saúde, eu acho mais adequado e um pouco amplo mais eu posso delimitá-lo melhor, ou seja promoção a saúde como programa da academia da cidade e visando a parte de alimentação saudável e a parte atividade física e do lazer... (Ent. GG-13)</i></p>	<p><i>A minha concepção é a seguinte, a concepção de cidade saudável foi o primeiro marco ou referencial inicial da proposta política para Recife. O nosso entendimento é investir na questão da integralidade da ação em saúde. O objeto saúde não pode ser um único tópico, mas vários tópicos e dentro dessa integralidade o papel de promoção em saúde, certo? E ai em paralelo ao processo de promoção, integralidade tem a questão da intersectorialidade da ação em saúde (Ent. GG-02).</i></p>

Figura 19: Tetralema – Concepção de uma Política para uma Cidade Saudável

Fonte: a autora

SIM	NEM SIM NEM NÃO
<p>A discussão interna sobre o próprio contexto e o projeto de governo era a construção de uma cidade saudável, economicamente equilibrada e socialmente saudável... Nós tínhamos regularmente reuniões de governo onde a gente discutia todas essas questões, esse era o fórum interno..O fórum mais ampliado, a criação do fórum da Secretaria de Orçamento Participativo também foi muito importante porque aí houve realmente a discussão e estabelecimento de prioridades, a discussão com a comunidade (Ent. GG-01).</p> <p>.A participação da sociedade nas nossas gestões começou na própria campanha eleitoral, com uma forte presença das mais diversas representações, influenciando o perfil dos nossos programas de governo. Continuou quando assumimos a Prefeitura com o fortalecimento dos canais institucionais... criamos o Orçamento Participativo com uma estrutura aberta e amplamente representativa. Antes de 2001 eram eleitos os delegados, que aprovavam as ações prioritárias. Hoje é a base que aprova as ações prioritárias e elege, no mesmo momento, os delegados, que irão acompanhá-las... (Ent. GG-08).</p>	<p>Nós não temos gestores capazes de transformar uma agenda de demanda expressas pela população numa matriz de ações intersetoriais que leve à qualidade de vida. E, a gente não ta fazendo isso porque as pesquisas estão sendo feitas até agora estão mostrando isso e eu interpreto que essa questão, eu analiso que a causa disso só pode ser a falta de capacitação para a tomada de decisão nesta área (Ent. GNG-07).</p>
SIM E NÃO	NÃO
<p>... mas como elemento de cidade saudável não, porque, até o nome de cidade saudável, ele não era assumido dessa forma. Ele aparece neste nível de formulação... Eles não assumem isso muito mais uma cara própria de dizer assim: é um eixo que a gente tem como referência... ele não aparece operacionalmente, é por esse fato que Recife não tem participado da Rede de Municípios Saudáveis (Ent. GG-10).</p> <p>cidade saudável nunca foi discutida não... a gente trabalhou com 3 direções: promoção da saúde, cidade saudável e vigilância da saúde..... a cidade saudável é um movimento de todo o governo, é capitaneada por metas voltadas para condição de vida e saúde, mas que na verdade o carro chefe de todo processo é uma gestão da saúde (Ent. GG-09).</p>	<p>Mas eu não tenho a informação, é aquilo que eu lhe disse, nós não definimos uma meta, nem uma diretriz clara para criar uma base social, tanto externa como interna, os outros podem até ter feito isso... nisso a gente não avançou muito, no sentido de, eu me considero até responsável, que era um corre-corre tão grande certo? No sentido de ter uma meta, ou um objetivo ou uma diretriz, ter objetivos e metas que pusesse o foco na construção de uma base social, que dê sustentação a um novo entendimento de direitos humanos, com fundamento de uma cidade saudável... (Ent. GG-03).</p>

Figura 20: Tetralema – O Processo Político para uma Cidade Saudável

Fonte: a autora

SIM	SIM E NÃO
<p>Acho que a gente hoje, o Recife hoje consegue ter uma visão muito mais abrangente de uma cidade saudável do que no início da gestão. Então eu acho que se no começo da gestão a gente poderia com certa argumentação lógica dizer que não era possível fazer uma política de cidade saudável no global, hoje a gente consegue identificar elementos nos diversos setores que compõem uma política mais global. Eu acho que tem um avanço extremamente importante em diversas áreas, se a gente for pegar pelo elemento mesmo dos 5 eixos da carta de Ottawa a gente poderia estar traduzindo essa análise em políticas específicas. Temos políticas específicas enquanto mudança de hábitos e a gente também tem ações de outras ordens, eu acho que a questão de moradia é extremamente importante [...] (Ent. GG-10).</p>	<p>Eu não consigo avaliar hoje se isso se consolidou lá, mas eu me lembro que esse debate passou no começo da administração, se eu não me engano o nome do PPA era Recife Cidade Saudável,.. Então foi uma mudança de prioridade, esse foi o compromisso, que ele bancou, ele teve compromisso com saúde preventiva, que eu acho que é uma coisa importante para a cidade da gente, aí eu destaco o PSF, a expansão do PSF foi muito importante e o grau de cobertura que a cidade tem hoje com o PSF nem se compara com o que se existia antes e acho também que a criação dos agentes ambientais, que na minha visão é uma coisa inovadora também e junto o povo do meio ambiente com o povo da saúde. (Ent. GG-11)</p>
NEM SIM, NEM NÃO...	NÃO
<p>[...] Então, os exemplos que nós temos de espaços públicos no Recife, que nos descaracterizam como uma cidade saudável e precisa de política pública, são muitos [...] a gente começou em uma velocidade muito alta, querendo construir uma cidade saudável [...] Mas também por parte dos políticos, que na verdade refletem o que os moradores e a população queriam. Eu vou dar alguns exemplos, quando nós assumimos a prefeitura, um dos grandes problemas do Recife, era as mortes durante as cheias, nos pontos de risco nos morros do Recife, foi feito um esforço grande para tirar aquela população dos morros e fez-se um investimento grande na construção de escadarias. Mas havia muita resistência por parte da população, ela não queria sair do local e claro, tinha uma compreensão, ela não tinha onde morar, era pobre, estava sem renda, aí criou-se o bolsa-aluguel, que fazia com que as pessoas pudessem alugar um espaço, às vezes na casa de um familiar próximo, conseguiu com essa política aí amenizar um pouco. Mas pouco a pouco esse programa foi se deteriorando, no seu objetivo, porque? Porque começou a entrar a ação política dos vereadores, pressionando a prefeitura, o prefeito, os secretários, para não, aquele ali deixa, aquele não pode, paga a bolsa-aluguel, mas deixa ele lá, não pode (Ent. GG-07)</p>	<p>São dois programas de sucesso enquanto concepção, mas toda a ação da Secretaria de Saúde não foi de grande sucesso porque era muito dependente de outras ações de outros setores da prefeitura e aí a gente tentou vender o Projeto Cidade Saudável e a Prefeitura vetou. Não foi de grande sucesso (Ent. GG-02).</p>

Figura 21: Tetralema – A Prática/Ação para uma Cidade Saudável

Fonte: a autora.

ANEXOS



ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Senhor(a) está sendo convidado (a) para participar, na condição de entrevistado da pesquisa *A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE CIDADES SAUDÁVEIS: um estudo de caso em Recife-Pernambuco*, desenvolvida por Joselma Cavalcanti Cordeiro⁵⁸, que constitui-se um projeto de sua tese de Doutorado, realizado no Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo CRUZ do Ministério da Saúde – CPqAM / FIOCRUZ / MS.

Constitui-se objetivo principal deste estudo *Analisar as políticas públicas voltadas para a construção de uma cidade saudável na perspectiva da promoção da saúde*. Para tanto, integra a metodologia seguida, a realização de entrevistas para obtenção de respostas às perguntas possibilitadoras da realização deste objetivo.

As informações obtidas serão confidenciais e será garantido o sigilo de sua participação e o conhecimento dos resultados, obtidos após a conclusão desta, podendo recursar-se, ou a qualquer momento, retirar seu consentimento, o que não trará nenhum constrangimento à pesquisadora ou à Instituição vinculada à pesquisa. Espera-se, assim, otimizar o conhecimento, a divulgação e a difusão das soluções inovadoras às realidades específicas em Pernambuco, contribuindo no propósito da qualificação dos diversos setores da vida desta população. Este termo deverá ser assinado em duas vias, disponibilizando uma cópia para o interessado e outra para a pesquisadora.

Atenciosamente,

Joselma Cavalcanti Cordeiro

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na referida pesquisa e declaro minha concordância em participar.

Participante

⁵⁸ Médica, Professora Assistente do Departamento de Medicina Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco. cordeirojc@hotmail.com (telefone para contato: 081-32698169 / 97199060). Endereço: Rua Mizaél Montenegro, n.55/casa 03, Parnamirim, Recife/PE. CEP: 5206-130.

ANEXO B PARECER CONEP

ENVIADO POR: CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE CNS NO. TEL:61315 2414

05 FEV. 2007 10:48 P1



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 087/2007

Registro CONEP: 13558 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

CAAE: 0058.0.095.000-06 **Processo nº 25000.190007/2006-39**
Projeto de Pesquisa: "O contexto e o processo das mudanças nas políticas públicas para adotarem a estratégia 'Cidade Saudável' e a construção das redes sociais de sustentabilidade em Pernambuco".
Pesquisador Responsável: Dra. Joselma Cavalcanti Cordeiro
Instituição: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / FIOCRUZ
CEP de origem: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / FIOCRUZ
Área Temática Especial: Pesquisa com Cooperação Estrangeira
Patrocinador: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES

Sumário geral do protocolo:

Trata-se de um estudo qualitativo, no campo de ciências sociais. O projeto está apresentado a partir de uma ampla revisão da literatura sobre os temas afins. O projeto é composto por dois estudos: o primeiro de caráter teórico elaborado a partir de revisão de material teórico e metodológico e da incorporação de contribuições de observações dos estudos de redes sociais na Espanha. O segundo será realizado com base na análise da participação de atores e a implementação das políticas em Recife e buscará reconhecer indícios de mudanças na formulação, contexto e conteúdo das políticas que visem um direcionamento para a qualidade de vida. O estudo será realizado através de pesquisa documental a partir de diversas fontes e entrevistas semi-estruturadas com gestores, representantes de comissões, técnicos envolvidos na elaboração da proposta e líderes comunitários.

O projeto servirá para obtenção do doutorado em Saúde Pública, no CPqAM, sob orientação do Prof. José Luis Correa de Araújo Junior.

O objetivo geral é analisar o contexto e o processo de formulação e implementação que possibilitam a construção de sustentabilidade de políticas que visem à promoção de cidades saudáveis na cidade de Recife-PE. Objetivos específicos incluem: caracterizar no município escolhido os diferentes conteúdos, projetos e/ou programas voltados para a promoção da qualidade de vida e/ou cidades saudáveis; descrever e analisar o contexto e o processo de formulação e implementação da proposta política geral do município focalizado; analisar o processo de construção das diversas redes – atores (sócio-técnicas/sócio-institucionais e sócio-humanas/comunitárias) que vêm possibilitando a sustentabilidade da mudança para a qualidade de vida em Recife.

Serão entrevistados 30 sujeitos (autoridades administrativas, gerentes de programas especiais e representantes da comunidade). A equipe de pesquisa é formada pela pesquisadora (uma aluna) e dois orientadores, sendo um do Programa de doutorado do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz) e outro da Universidade Complutense de Madrid, Espanha. A aluna, que é a pesquisadora responsável, terá uma bolsa da Capes para estágio de um ano na Espanha.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE para os entrevistados foi apresentado, bem como roteiro das entrevistas. Foram apresentadas cartas de concordância das instituições participantes do estudo. Está assegurado o sigilo dos entrevistados.