

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Iniciativas de promoção da saúde e desenvolvimento social no Rio de Janeiro: reflexões a partir da experiência de Vila Paciência”***

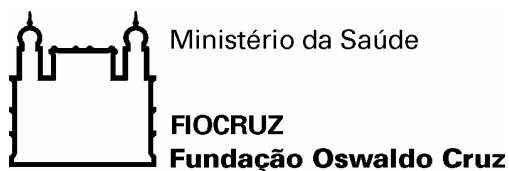
*por*

***Rosane Marques de Souza***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosana Magalhães*

*Rio de Janeiro, abril de 2008.*



*Esta dissertação, intitulada*

***“Iniciativas de promoção da saúde e desenvolvimento social no Rio de Janeiro: reflexões a partir da experiência de Vila Paciência”***

*apresentada por*

***Rosane Marques de Souza***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Cecilia de Mello e Souza

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Regina Cele de Andrade Bodstein

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosana Magalhães – Orientadora

*Dissertação defendida e aprovada em 30 de abril de 2008.*

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

S729 Souza, Rosane  
Iniciativas de promoção da saúde e desenvolvimento social no Rio de Janeiro: reflexões a partir da experiência de Vila Paciência. / Rosane Souza. Rio de Janeiro: s.n., 2008.  
144 f., tab., graf., mapas

Orientador: Magalhães, Rosana  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2008

1. Promoção da Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Iniquidade Social. 4. Desenvolvimento Local. I. Título.

CDD - 22.ed. – 613.098153

Dedico este trabalho aos meus pais,  
meu marido,  
meus irmãos e parentes,  
por todo o apoio e a compreensão.

## CONVERSA DE DOIS COVEIROS

”(...

É que o colega ainda não viu  
o movimento: não é o que vê.  
Fique-se por aí um momento  
e não tardarão a aparecer  
os defuntos que ainda hoje  
vão chegar (ou partir, não sei).  
As avenidas do centro,  
onde se enterram os ricos,  
são como porto do mar;  
não é ali muito o serviço:  
no máximo um transatlântico  
chega ali cada dia,  
com muita pompa, protocolo,  
e ainda mais cenografia.  
Mas este setor de cá  
é como a estação de trens:  
diversas vezes por dia  
chega o comboio de alguém.  
(...)”

trecho do poema “Morte e Vida Severina”,  
de João Cabral de Melo Neto

## AGRADECIMENTOS

À **Rosana Magalhães**, minha orientadora nesta dissertação, pela infinita paciência e grande competência na condução deste trabalho.

As professoras **Regina Cele Bodstein e Cecília de Mello Souza** pelas valiosas contribuições na fase de qualificação.

Aos **professores, colegas e companheiros** dos cursos de Especialização e Mestrado em Saúde Pública da ENSP, pelos inúmeros momentos de troca de idéias e apoios.

À **Maria Emilia**, secretária do CEP-ENSP, pela atenção e compreensão em todos os momentos.

Ao **CNPQ** pela bolsa de pesquisa, que foi fundamental para a realização deste trabalho.

Aos **integrantes** da Iniciativa de Vila Paciência, aos que passaram aos que estão e àqueles que estão chegando, pela atenção e carinho manifestado pelo meu trabalho. Agradeço especialmente aos **profissionais do Centro de Promoção da Saúde - CEDAPS** pelo apoio incondicional para que este estudo se realizasse e pela oportunidade de ter participado desta experiência.

À **Kátia e a Rogéria**, grandes companheiras de trabalho e fontes de inspiração para a realização deste projeto.

Ao **Fabrcício** pela revisão árdua e cuidadosa deste trabalho, e ainda pelo incentivo oferecido nas infinitas conversas on-line.

À **Maria Luiza**, pela gentil contribuição na leitura e escrita em inglês.

Aos **meus grandes amigos**, pelas energias positivas recebidas ao longo deste processo de crescimento pessoal e profissional na minha vida.

E por fim, ao **Junior**, amor da minha vida, pela compreensão e acolhimento nos momentos mais difíceis deste trabalho.

Muito obrigada a todos vocês.

## SUMÁRIO

<b>Lista de Siglas.....</b>	<b>vii</b>
<b>Lista de Tabelas, Figuras, Gráficos e Quadros.....</b>	<b>ix</b>
<b>Resumo.....</b>	<b>x</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>xi</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO 1. PROMOÇÃO DA SAÚDE: PRINCIPAIS CONTORNOS E PERSPECTIVAS DE UM DEBATE.....</b>	<b>18</b>
1.1 Desigualdades Sociais em Saúde.....	25
1.2 Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local.....	29
1.3 Abordagens Avaliativas em Iniciativas de Promoção da Saúde.....	35
<b>CAPÍTULO 2. A TRAJETÓRIA BRASILEIRA EM PROMOÇÃO DA SAÚDE.....</b>	<b>39</b>
2.1 A Política Nacional de Promoção da Saúde.....	42
2.2 As Experiências de Municípios e Comunidades Saudáveis no Brasil.....	44
<b>CAPÍTULO 3. A EXPERIÊNCIA DE VILA PACIÊNCIA.....</b>	<b>50</b>
3.1 O Estudo de Caso: Considerações Metodológicas.....	50
3.2 Contexto Sócio-espacial.....	55
3.3 Contexto Histórico da Comunidade.....	62
3.4 O Processo de Implementação Local.....	66
<b>CAPÍTULO 4. LIMITES, POSSIBILIDADES E ALCANCES.....</b>	<b>111</b>
<b>CAPÍTULO 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>126</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>131</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>139</b>

**LISTA DE SIGLAS**

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome  
ANS - Agência Nacional de Saúde  
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
AP – Área Programática  
CAP – Coordenação da Área Programática de Saúde  
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial  
CEDAPS – Centro de Promoção da Saúde  
CHP – Centro de Habitação Provisório  
CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde  
CRE – Coordenadoria Regional de Educação  
DLIS – Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável  
DOU – Diário Oficial da União  
DPO – Destacamento de Policiamento Ostensivo  
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
GAT – Grupo de Apoio Técnico  
GG/ISC - Grupo Gestor da Iniciativa de Santa Cruz  
HIV - Human Immuno Deficiency Vírus  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica  
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano  
INAD - Instituto de Nutrição Annes Dias  
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais  
INPES - Instituto Nacional de Prevenção e Educação à Saúde  
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social  
IPES - Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade  
IPP – Instituto Pereira Passos  
IVP – Iniciativa de Vila Paciência  
LOAS - Leis Orgânicas da Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONG – Organização não-governamental  
ONU – Organização das Nações Unidas  
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde



PACS - Programas de Agentes Comunitários de Saúde  
PEJA – Programa de Escolarização de Jovens e Adultos  
PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil  
PNAD - Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios  
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde  
PNUD - Programa para o Desenvolvimento das Nações Unidas  
PPC – Paridade do Poder de Compra  
PROSAD – Programa Saúde do Adolescente  
PS – Promoção da Saúde  
PSBH - Problem Solving for Better Health  
PSBHI - Problem Solving for Better Health Initiative  
PSF – Programa Saúde da Família  
RA – Região Administrativa  
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SETRAB – Secretaria Estadual de Trabalho  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SMVE – Sistema Municipal de Vigilância da Exclusão  
SOLTEC – Núcleo de Solidariedade Técnica  
SUDS - Sistema Único e Descentralizado de Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro  
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura  
URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas  
USF – Unidade de Saúde da Família  
WHO – World Health Organization

<b>LISTA DE TABELAS, FIGURAS, GRÁFICOS E QUADROS</b>	<b>Pág.</b>
Tabela 1: Desigualdades na utilização do sistema de saúde e mortalidade em Manitoba, Canadá	28
Figura 1: IDH por Regiões Administrativas do Rio de Janeiro em 2000	57
Figura 2: IDH - Longevidade por Regiões Administrativas do Rio de Janeiro em 2000	59
Figura 3: IDH – Educação por Regiões Administrativas do Rio de Janeiro em 2000	60
Figura 4: IDH – Renda por Regiões Administrativas do Rio de Janeiro em 2000	62
Figura 5: Nº. de moradores cadastrados para receber os preservativos no Núcleo Comunitário de Prevenção	105
Gráfico 1 - Comparação entre a composição por idade dos entrevistados pelo Diagnóstico e a do Censo 2000 para VP	84
Quadro 1. Educação para a saúde	85
Quadro 2. Organização Comunitária	87
Quadro 3. Arte, cultura, esporte e lazer	88
Quadro 4: Habitação e meio ambiente	90
Quadro 5: Geração de ocupação e renda	92

## RESUMO

A busca de alternativas capazes de responder às vulnerabilidades sociais, principalmente no que diz respeito à redução das desigualdades, remete a análise da implementação de intervenções no campo da Promoção da Saúde e do Desenvolvimento Local, na medida em que buscam o desenvolvimento social da sociedade. Com a perspectiva de contribuir para o conjunto de estudos sobre o tema, o objetivo deste trabalho é analisar os limites e as possibilidades a partir do processo de implementação da Iniciativa de Vila Paciência para o alcance de resultados, nas dimensões de equidade e sustentabilidade. O presente estudo é qualitativo, realizado com base na coleta e análise de doze entrevistas semi-estruturadas e um grupo focal com atores governamentais, não-governamentais e comunitários, além de dados secundários, o que permitiu verificar os principais desafios e avanços desta iniciativa local desenvolvida no município do Rio de Janeiro. Em linhas gerais, o clima de opressão oriundo da presença permanente do tráfico de drogas e o corpo político local foram fatores importantes para o alcance limitado das ações. Por outro lado, o envolvimento gradativo da população local em instâncias de discussão e articulação, aliado a diversidade de atores participantes na construção de uma agenda comum, tem favorecido a sustentabilidade social desta intervenção e a perspectiva de ações sociais mais equitativas.

Palavras-chave: Promoção da Saúde, avaliação em Promoção da Saúde, desenvolvimento local.

## ABSTRACT

The seeking for alternative initiatives that attend social vulnerabilities, mainly in respect to inequality reduction, evoke the analysis of interventions in the field of Health Promotion and Local Development. Both fields are turned to social development. The purpose of this work is to analyse the limits and possibilities of the process of implementation of Vila Paciência Initiative, in Rio de Janeiro, to the results in the dimension of equity and sustainability. It was done a qualitative study, with the analysis of 12 semi-structured interviews and a focal group with government, non-government and community actors, besides secondary data. The study showed the main challenges and progress of this local initiative. The oppression of the drug traffic and local politics with privileges were important factors to the limited scope of the actions. Nevertheless, it was observed the gradual involvement of the local population in different discussion and political levels, joined to the diversity of participants in the construction on a common agenda, with have facilitate the social sustainability of this intervention and the perspective of more equitable social actions.

Key-words: health promotion, health promotion evaluation, local development.

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa analisar a experiência de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local, desenvolvida a partir de 2002, na região de Santa Cruz, zona oeste do Rio de Janeiro, denominada “*Iniciativa de Vila Paciência*” (IVP). A interface entre estes dois campos de intervenção através da consolidação de iniciativas e projetos - a partir de serviços públicos e instituições acadêmicas, como de organizações da sociedade civil, envolvendo diversos parceiros em prol da melhoria da qualidade de vida - têm se tornado objeto privilegiado de estudo e pesquisa em saúde pública.

A Promoção da Saúde como campo interdisciplinar de conhecimento e polissemia de significados, pode ser entendido, segundo Mendes<sup>1</sup>, como a “*soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva*”. Seus principais pressupostos teóricos e metodológicos que vêm orientando as práticas, principalmente a partir das duas últimas décadas do século XX, procedem das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, sendo a de Ottawa, no Canadá, em 1986, a precursora para o movimento em voga.

Todas as Conferências geraram um documento oficial ou Carta, que privilegiou um foco temático a ser trabalhado pelos países membros da Organização Mundial da Saúde. Para a OPAS<sup>2</sup>, face aos aspectos discutidos nestes eventos, a Promoção da Saúde passa a ser entendida como uma “*função essencial da saúde pública*”.

Neste ínterim, as repercussões da política internacional no cenário brasileiro acontecem no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira, e a promulgação da Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS, através da Portaria Ministerial (nº687/06)<sup>3</sup>. Entende-se, portanto que, na visão ampliada de saúde, suas intervenções devem ser deslocadas de uma perspectiva fragmentada e individual para novas possibilidades que contemplem os desejos da coletividade. Ressalta-se que a PNPS deve ser “*transversal, integrada e intersetorial ao articular sujeito e coletivo, público e privado, estado e sociedade, setor saúde e outros setores*”.

Mediante isto, percebe-se que os aspectos referentes a Promoção da Saúde aproximam-se do campo de desenvolvimento local integrado e sustentável (DLIS), na medida em que ambos buscam um desenvolvimento social equânime da sociedade.

A busca de alternativas capazes de responder às vulnerabilidades sociais, principalmente em termos de pobreza e iniquidades em saúde, remete à análise da implementação de intervenções no campo promocional da saúde.

Silva<sup>4</sup> aponta que o crescimento de estudos que repensem e fortaleçam as atividades de avaliação para o aperfeiçoamento de políticas públicas e ainda busquem estratégias alternativas de gestão vem sendo reconhecido desde a década de 90, pelos atores governamentais. Esta função avaliativa tem como objetivo o acompanhamento das políticas e suas estratégias implementadas – iniciativas, projetos e programas – e a oportunidade de revisão dos aspectos ligados “*a decisão, gestão e aplicação de recursos*”. A mudança está na atenção do Estado em um modelo que valorize cada vez mais as demandas da população, e que nesse processo o ator governamental promova os sistemas de proteção social, mediando o conflito inerente entre os diversos interesses na construção de uma agenda pública, minimizando as tendências desiguais neste jogo de intenções.

Neste contexto e trajetória emergem importantes interrogações: quais são as principais estratégias utilizadas para o alcance de objetivos multifocais? Quais os principais elementos constitutivos de iniciativas em Promoção da Saúde voltadas para mudanças sociais? Quais os interesses e conflitos presentes no processo decisório? Que fatores influenciam a adesão dos atores governamentais, não-governamentais e comunitários? Qual o grau de articulação com outros serviços públicos?

Segundo Bodstein<sup>5</sup>, iniciativas desta natureza têm grande ênfase na “*na intersectorialidade e participação social, em que componentes como renda, violência e redução da desigualdade ganham destaque*”. No entanto, pela complexidade social e inúmeras dimensões, tais experiências se constituem como grandes desafios para estudos avaliativos que visam identificar e medir os resultados e efeitos, a partir de pressupostos de um modelo lógico. Ou ainda, que abordagens consagradas, como a do ciclo de vida das políticas, podem ser insuficientes para avaliar experiências tidas como multiestratégicas, fluidas, e complexas, onde o contexto é crucial. Neste sentido, alguns estudos<sup>5,6,7</sup> apontam a necessidade de novas abordagens para a ampliação dos esquemas e conceitos consagrados no campo avaliativo.

Vale ressaltar a importância do envolvimento da comunidade na construção de uma agenda de desenvolvimento, que contemple estratégias como a elaboração de um diagnóstico local, a implementação das ações e o desenvolvimento de uma cultura de avaliação para o alcance dos objetivos planejados.

O presente trabalho se insere neste contexto, e desta forma busca ao analisar o processo de implementação da Iniciativa de Vila Paciência, responder a tais questões, a partir de duas dimensões: da equidade, no que diz respeito ao reconhecimento do direito à saúde e do acesso e uso dos serviços públicos por parte da população local, e da

sustentabilidade, ao identificar elementos como interdependência das ações, parceria com diversidade de atores e de capitais envolvidos em iniciativas desta natureza, foram privilegiados.

O interesse por este estudo é resultado de uma atuação profissional no campo da promoção da saúde, através da formulação, desenvolvimento e avaliação de projetos sociais em comunidades populares do Rio de Janeiro. Com o passar do tempo, a questão da efetividade de tais intervenções foi tomando importância no processo de trabalho, o que chamou a atenção para a necessidade de se aprimorar os esquemas avaliativos, de forma a garantir ações mais sustentáveis.

Por outro lado, atuando como psicóloga social em Vila Paciência, desde 2002 até o momento deste estudo, foi possível perceber as dificuldades presentes no desenvolvimento de ações públicas em ambientes sociais complexos, marcados por intensas desigualdades e vulnerabilidades no que se refere ao acesso da população a tais serviços e equipamentos públicos.

Assim, surgiu a necessidade de se buscar uma melhor compreensão da estruturação e do funcionamento de experiências na área de Promoção da Saúde e, em 2005, isto foi viabilizado através do ingresso no Curso de Atualização em Promoção da Saúde, realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), que proporcionou um distanciamento analítico, além do contato com as linhas de pesquisa da instituição que exploram as interfaces entre desigualdades sociais, políticas públicas e saúde.

Posteriormente, através do curso de Especialização em Saúde Pública da ENSP, concluí uma importante etapa de minha formação com a monografia intitulada “Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local: Pensando caminhos para atuar sobre os determinantes sociais em saúde” a qual buscava sistematizar as principais dimensões e marcos teóricos do debate na área.

Desta forma, o foco deste estudo é a Iniciativa de Vila Paciência, que por suas características integra o campo de iniciativas em Promoção da Saúde, isto é, políticas, programas ou outras atividades organizadas de intervenção.

Conforme argumenta Rootman<sup>7</sup>, tais experiências podem ser:

- a) “fortalecedoras”, ao permitir que indivíduos e comunidades assumam maiores poderes sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a sua saúde;
- b) participativas, ao envolver todos os interessados nas fases do processo;
- c) holísticas, ao fomentar a saúde espiritual, física, mental e social;

- d) intersetoriais, ao envolver a colaboração de diferentes setores;
- e) eqüitativas, ao se preocupar com a eqüidade e a justiça social;
- f) sustentáveis, ao manter as mudanças trazidas pelos indivíduos e comunidades uma vez que o financiamento inicial foi encerrado; e
- g) multi-estratégicas, ao usar uma variedade de abordagens combinadas.

Neste sentido, cabe analisar como a Iniciativa de Vila Paciência busca promover o desenvolvimento e o “*empowerment*” comunitário com base nos pressupostos da Promoção da Saúde, a partir da incorporação dos próprios moradores ao processo de desenvolvimento de ações voltadas à melhoria das condições de vida através da mobilização, articulação e fortalecimento de atores locais e criação de redes de projetos de intervenção social.

A história da comunidade é marcada pela chegada, nos anos 60, de milhares de famílias removidas de favelas localizadas nas regiões centrais do município para casas de apenas um cômodo denominadas, pelos novos moradores, de “vagão”. Esses espaços, inicialmente provisórios, tornaram-se permanentes ao longo do tempo e, em 2007, ainda abrigam famílias que não têm onde morar. Além da precariedade, não há a propriedade legal das casas, e estruturas de saneamento básico e equipamentos coletivos são ineficientes. E no que tange aos serviços de saúde, transporte, lazer, cultura e educação, os déficits são dramáticos.

Segundo o relatório desenvolvido pela Secretaria Municipal de Urbanismo<sup>8</sup> o qual analisa a evolução do Índice de Desenvolvimento Humano\* - IDH nas 32 regiões administrativas e nos 126 bairros ou conjunto de bairros que constituem o município do Rio de Janeiro, nos anos de 1991 e 2000, as áreas mais afluentes da cidade mantiveram a liderança na listagem geral, mas todas as regiões administrativas experimentaram uma elevação no IDH na década de 90. Contudo, Santa Cruz permanece como uma das áreas mais pobres do município do Rio de Janeiro com o índice de 0,747 e ocupando a 27<sup>a</sup> posição.

Reconhecendo a importância da análise de “*variáveis contextuais*”<sup>9,10,11</sup>, em termos da presença de atores, conflitos entre os interesses diversos e o cenário político-institucional, este trabalho buscou compreender os limites e as possibilidades da Iniciativa de Vila Paciência para o alcance de resultados.

---

\* Desenvolvimento humano é um processo contínuo de crescimento do nível de autonomia das pessoas. Envolve a ampliação de um leque de oportunidades e de melhoria da qualidade de vida ofertadas nos campos da saúde, educação e renda (Krutman, 2004).



A escolha do estudo de caso como abordagem metodológica tentou então favorecer com mais amplitude a análise de uma experiência em Promoção da Saúde e desenvolvimento local, o que contribui, ainda que parcialmente, para o conhecimento dos principais desafios ligados à efetivação de propostas na área.

O presente estudo está dividido em cinco capítulos. O primeiro corresponde a uma revisão teórica sobre as principais perspectivas do campo conceitual da Promoção da Saúde e, em seguida, foi realizada uma breve revisão teórica sobre as relações entre desigualdades sociais e saúde, em seus diferentes aspectos econômicos, sociais e humanos, buscando os principais desafios que têm orientado a dinâmica de intervenções na área. Além disso, finalizando este capítulo, foram apresentadas as principais abordagens avaliativas no campo da Promoção da Saúde, com ênfase nas iniciativas comunitárias.

O segundo capítulo descreve a trajetória brasileira em Promoção da Saúde, a constituição das diretrizes da política nacional e suas repercussões no movimento brasileiro de municípios e comunidades saudáveis.

O terceiro capítulo tece as considerações metodológicas acerca da pesquisa. Para fins deste estudo foi empregada a avaliação do processo de implementação, galgando a valorização da reflexão do contexto social concreto, fator importante para o conhecimento dos principais desafios e possibilidades inerentes às iniciativas em questão. Este tipo de análise torna-se pertinente quando tal intervenção é complexa e composta de elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos, justificando assim, o estudo de caso como modalidade de abordagem para analisar o *locus* de implementação.

Ao descrever os aspectos institucionais na construção desta intervenção, foi possível apontar os principais elementos do contexto local que influenciaram a trajetória da Iniciativa de Vila Paciência.

Dentre os aspectos, a análise da agenda de desenvolvimento local e o grau de adesão dos atores governamentais, não-governamentais e comunitários, favoreceu a compreensão do nível de sustentabilidade das ações implementadas. A capacitação, a mobilização social, as conexões com a política governamental e o acesso aos serviços de saúde foram pontos importantes para a análise da equidade em saúde.

O quarto capítulo discute os resultados deste estudo, ressaltando os limites, as potencialidades e os avanços percebidos ao longo de cinco anos do processo de

implementação da Iniciativa de Vila Paciência. As dificuldades impostas pelo clientelismo político e a violência do tráfico de drogas foram fundamentais para o alcance limitado das ações. Por outro lado, a capacidade técnica dos agentes implementadores em buscar o envolvimento contínuo da comunidade no desenvolvimento das práticas favoreceu o crescimento, ainda que tímido, de um tecido social organizado na busca de melhores condições de vida e saúde.

Passados 40 anos desde a criação desta comunidade, em 1967, como conjunto habitacional provisório, a perspectiva da implantação da Estratégia Saúde da Família e a construção das casas, com regularização fundiária, pelo governo do Estado, renova as esperanças dos moradores em torno de um projeto para a melhoria da qualidade de vida.

Neste cenário, a construção de uma agenda de desenvolvimento local com diversidade de atores, visando a redução da pobreza e desigualdades sociais, traz grandes possibilidades na inovação da gestão pública.

## Capítulo 1

### PROMOÇÃO DA SAÚDE: PRINCIPAIS CONTORNOS E PERSPECTIVAS DE UM DEBATE.

O conceito de Promoção da Saúde tem sua origem no discurso da medicina social do século XIX, quando foi alcançado um grande avanço científico na área da saúde mediante as conquistas científicas no campo da microbiologia, da patologia, da fisiologia, da parasitologia e da medicina preventiva.

Andrade e Barreto<sup>12</sup> ressaltam que alguns autores despontaram no século XIX desenvolvendo estudos sobre as correlações entre condições de vida e saúde. Na Inglaterra, Chadwick (1842), através da análise das condições sanitárias no espaço urbano, e Snow (1854), detalhando o curso da epidemia de cólera, contribuíram com trabalhos cuja perspectiva social estava claramente presente nos condicionantes do processo de adoecimento. A pesquisa de Virchow (1848) sobre a epidemia do tifo na Prússia ampliou a reflexão sobre as ações de maior impacto no campo da saúde, envolvendo o papel da democracia e do investimento em educação pública. Tais trabalhos podem ser considerados hoje como precursores das chamadas políticas públicas saudáveis no campo da Promoção da Saúde.

No século XX, Winslow (1920) já afirmava a Promoção da Saúde como um esforço para alcançar políticas que melhorassem as condições de vida da população. Já Sigerist (1946)<sup>13,14</sup> foi um dos primeiros autores a utilizar o conceito de Promoção da Saúde, entendido como ações sanitárias e de educação realizadas pelo Estado para melhorar as condições de vida da população. O mesmo autor ainda definiu as quatro funções essenciais da medicina: Promoção da Saúde, prevenção das doenças, recuperação e reabilitação.

A partir dos anos 60, várias discussões acerca dos determinantes sociais e econômicos da saúde abriram caminho para a idéia acerca do tema. Merece destaque o modelo desenvolvido por Leavell e Clark (1965) sobre a história natural da doença, que apresentava o conceito de Promoção da Saúde como um dos níveis de atenção da medicina preventiva.

Nos anos 70, Buss<sup>14</sup> indica que singularmente nos países de primeiro mundo, os sistemas de saúde começam a ser questionados por forças expansivas (à medicalização crescente, ao desenvolvimento tecnológico, à transição demográfica e à mudança do perfil nosológico), reagindo com “*mecanismos de regulação cada vez mais custosos, ineficientes, ineficazes, inequitativos e com pouco apoio da opinião pública*”.

Tais acontecimentos serviram de base para a formação de um novo paradigma, o qual Buss<sup>15</sup> (2000) chama de *Nova Promoção da Saúde*, resultado de um movimento ideológico e social, reiterado a cada conferência internacional.

Uma contribuição importante para o moderno movimento de Promoção da Saúde ao longo dos últimos 20 anos do século XX foi quando em 1974 o Ministério de Saúde do Canadá, à época sob a liderança de Marc Lalonde, publicou um documento intitulado - *Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadianenses*, que apontou os quatro principais determinantes da saúde: a biologia humana, o ambiente, os estilos de vida e a organização da atenção à saúde<sup>14</sup>. Neste trabalho, que ficou conhecido como Informe Lalonde, também foram apresentadas cinco estratégias para abordar os problemas do campo da saúde, dentre elas a Promoção da Saúde. Este foi o primeiro documento oficial a usar e sugerir o termo “*Promoção da Saúde*” como uma das principais estratégias para melhorá-la. Além disso, esta nova perspectiva desencadeou várias iniciativas no âmbito internacional<sup>16</sup>.

Neste contexto, em 1978 foi realizada a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata, ex-URSS. O evento teve grande alcance nos sistemas de saúde do mundo, trazendo um novo enfoque para o campo da saúde com a adoção de um conjunto de elementos essenciais para atingir a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”.

Neste percurso histórico, novos significados foram incorporados ao conceito de Promoção da Saúde, tomando um caráter mais político em torno do processo saúde-doença. Assim, a saúde pública vem redirecionando suas práticas norteadas pela promoção para acompanhar a dinâmica social. A saúde, enquanto conceito ampliado pela união das dimensões bio-psico-sociais, aumenta e muito seu espectro de abrangência, colocando em xeque os limites conceituais em relação às mudanças sociais em saúde.

No entanto, para Czeresnia as generalizações podem camuflar estratégias e posturas políticas tanto conservadoras quanto radicais, exatamente por causa da pouca clareza dos valores subjacentes aos programas e projetos desenvolvidos<sup>17</sup>. Assim, a constante mudança do entendimento acerca da Promoção da Saúde, o que a caracteriza como um conceito em construção, expõe que os valores contidos nas diferentes propostas neste campo devem ser observados com cautela.

Fournier<sup>18</sup> aponta que a definição de saúde pública tradicionalmente encontrada nos livros resulta da proposta de Winslow (1920) de que ela é a arte e a ciência da Promoção da Saúde, prevenção das doenças e prolongamento da vida. No entanto, é

importante que haja uma terminologia que ultrapasse os famosos três "PS" e que incida mais sobre o processo do que sobre os objetivos de promoção, prevenção e proteção, que eram, outrora, as bases da saúde pública. Para Ridde<sup>19</sup>, a verdadeira mudança paradigmática é afirmar que a Promoção da Saúde visa não só melhorar a saúde da população, mas “*reduzir as diferenças no estado de saúde entre os subgrupos da população*”.

Esta nova forma de compreender a saúde e a doença, para que pessoas e grupos obtenham qualidade de vida, não chega a se constituir como uma novidade, já que a Promoção da Saúde já faz parte da história da saúde pública. Para Lefevre o novo se apresenta de fato na medida em que se procura conceber a saúde como “*negação da negação*”<sup>20</sup>, ou seja, da doença enquanto contraponto da saúde. Assim, o que se busca é o estudo em complementaridade, pois sinalizaria algo que proporcionaria a melhor compreensão dos aspectos da relação do homem consigo mesmo e dele com a natureza.

Diante deste quadro, visando o aperfeiçoamento do conceito, métodos e práticas para aqueles que buscam alternativas mais eficazes para melhorar a qualidade de vida de indivíduos e comunidade, é importante a distinção entre promoção e prevenção<sup>15</sup>.

Segundo Czeresnia,<sup>17</sup> o termo promover tem o significado de “*dar impulso a; fomentar; originar; gerar*”. Assim promover a saúde envolve a realização de ações intersetoriais nos diferentes níveis e inclui o ambiente como um todo, atuando em direção aos determinantes sociais em saúde. Já o termo prevenir tem o significado de “*preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite; impedir que se realize*”. As ações preventivas atuam para reduzir as incidências e prevalências de doenças na população.

Como ressalta Laverack e Labonte<sup>21</sup>, o processo de implementação das intervenções em saúde pública parece, em sua maioria, corresponder a uma abordagem de cima pra baixo – *top-down* - a partir de uma perspectiva institucional e focalizada na mudança de comportamentos, em contraponto à abordagem de baixo para cima – *bottom-up* - que valoriza a percepção comunitária e busca o *empowerment* individual e comunitário.

Segundo Abenhaim<sup>22</sup>, na França a história da saúde pública vem passando por mudanças importantes a partir das discussões em torno da criação do Instituto Nacional de Prevenção e Educação à Saúde (INPES), e sua recente legislação de 2004, ainda com a predominância da epidemiologia e prevenção no sistema de saúde.

Um episódio marcante contribuiu para tais acontecimentos, que foi uma “*canicule*” ou onda de calor excessivo que assolou a França em 2003 e provocou a

morte de quase 15 mil pessoas, a maioria delas idosos. Isto demonstrou a vulnerabilidade de um sistema de saúde classificado no ano de 2000 como um dos melhores do mundo. Falhas na comunicação dificultaram o reconhecimento de uma epidemia, na medida em que os franceses criaram sistemas de dados para análise retrospectiva e não em tempo real.

O ministro da saúde deste período foi muito criticado na imprensa por não ter evitado este “*desastre sanitário*”, o que conduziu ao seu pedido de demissão. As ondas de calor continuam vitimizando a população, mas em proporção bem menor. Uma das maiores necessidades apontadas pelos especialistas é a contratação de mais enfermeiros para atendimento aos idosos, o que pode indicar a predominância de intervenções focalizadas em mudanças comportamentais em detrimento daquelas que valorizam ações em nível comunitário.

Na África, a análise de Nyamwaya<sup>23</sup> demonstra que nas últimas duas décadas do século XX, houve um crescimento significativo no desenvolvimento da Promoção da Saúde no continente. O uso combinado de diferentes abordagens nos programas vêm se tornando mais regra do que exceção, com o uso crescente do termo em publicações acadêmicas, e no ajuste das estruturas políticas dos sistemas de saúde locais.

Desde a década de 80, a pobreza e baixa escolaridade, assim como os desastres naturais, são fatores que interferem na saúde, como, por exemplo, a pandemia de HIV/Aids. Um dos maiores desafios na região é o baixo nível de instrução, o que tem demandado grande atenção de profissionais de outras áreas fora da saúde, para ações voltadas a redução da pobreza. As atividades preventivas de doenças ainda são predominantes em muitos países da região, enfatizando desnutrição, doenças transmissíveis, altas taxas de fecundidade, rede precária de abastecimento de água e baixos níveis de imunização.

Apesar dos avanços, a educação em saúde não atinge a maioria da população, o que resulta em limitadas mudanças comportamentais. Os movimentos sociais de base popular não têm grandes efeitos sobre o todo.

Outro desafio apontado pelo autor é que a maioria dos programas são planejados e desenvolvidos por especialistas da saúde pública cujo foco está na atenção curativa e, desta forma, a população atua com passividade no processo de Promoção da Saúde.

Neste contexto, uma das exceções é a África do Sul que, através de legislação e política anti-tabagística, é um dos poucos países que entraram tardiamente e avançaram no campo da Promoção da Saúde.

A perspectiva de intervenções que valorizem o *empowerment* comunitário é encontrada nas experiências dos centros de saúde para a prática de medicina comunitária nos Estados Unidos em meados dos anos 60<sup>24</sup>, assim como os centros de medicina social da África do Sul nos anos 40<sup>25</sup>. Nestas abordagens, os membros da comunidade participavam: 1) definindo o problema, 2) encontrando soluções, e 3) as implementando conjuntamente a equipe de profissionais.

Ridde<sup>19</sup> aponta que modelos de planejamento usando essa triangulação de métodos foram exemplos de participação comunitária nas ações de saúde também em países como Canadá e Bélgica.

Na medida que a saúde passa a ser entendida como uma produção social, relacionada a um conjunto de valores, as determinações da saúde também passam a incorporar as dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas que atuam nos ambientes onde vivem os indivíduos e as coletividades. Assim se faz necessária uma ação coordenada de diferentes setores da sociedade, das políticas públicas e do próprio sistema de saúde, em consonância com os pressupostos da Promoção da Saúde que buscam a qualidade de vida para as pessoas através de ações intersetoriais. Suas bases conceituais vêm das cartas formuladas em cada uma das seis conferências internacionais sobre o tema, as quais tiveram papel significativo para a teoria e prática deste movimento a nível mundial.

Este ciclo de conferências teve seu início em Ottawa, Canadá, em 1986, sendo esta a precursora para o movimento em voga desde os últimos 20 anos do século XX<sup>26</sup> e a partir da qual se conclamou por uma ação internacional para o estabelecimento de estratégias e programas em Promoção da Saúde com o objetivo de atingir a meta “Saúde para Todos no ano 2000”. Na Conferência de Adelaide (1988) foram reforçados os preceitos apresentados na conferência anterior e enfatizada a criação de ambientes favoráveis a partir de políticas que promovam a saúde e estratégias ecológicas que preservem o ambiente local. Já na Conferência de Sundsvall (1991), se colocou a necessidade de trabalhar saúde, ambiente e desenvolvimento humano de forma indissociável.

Na Conferência de Jacarta (1997) foram discutidos os desafios para a Promoção da Saúde no século XXI. Em 2000, na Conferência do México, se apontou uma melhora significativa da saúde em muitos países, mas com persistência de muitos problemas que afetavam o desenvolvimento social. E, por fim, na Conferência de Bangkok (2005), se afirmou que as políticas sustentáveis e as parcerias para o *empowerment* comunitário, a

melhoria e igualdade em saúde devem estar no centro do desenvolvimento em um mundo globalizado<sup>27</sup>.

A resignificação do conceito de Promoção da Saúde, que foi usado como nível de atenção da medicina preventiva desde Winslow (1920), a Sigerist (1946) e Leavell & Clarck (1965), passou a ser utilizado com um enfoque mais político a partir de Lalonde (1974) e das conferências internacionais subseqüentes, destacando-se as de Alma-Ata (1978) e de Ottawa (1986). Tal mudança decorre do entendimento de que a saúde possui determinações econômicas, políticas e sociais, e que, assim, se faz necessária a combinação de diferentes estratégias para abordar os vários domínios da saúde.

Westphal e Wallerstein<sup>28</sup> apontam que nos países pobres, ou em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, alguns desafios são colocados ao se trabalhar numa perspectiva ampliada de Promoção da Saúde para aprimorar o modelo assistencial vigente. Assim, faz-se importante a reflexão sobre o período em que nos encontramos, ou seja, o oitavo ano do século XXI, onde o modelo vigente de produção capitalista gera um processo crescente da riqueza mundial, mas acompanhado de grandes desigualdades sociais e de condições de saúde.

O Brasil está no grupo de países com renda média. Tal rendimento demonstra que o montante de recursos disponíveis na economia brasileira seria suficiente para garantir as condições mínimas a todos, de modo que para Rocha “*a persistência de pobreza absoluta se deve à má distribuição de renda*”<sup>29</sup> e de oportunidades de inclusão social e, sendo assim, mediante a este perfil econômico, Barros, Henriques e Mendonça ressaltam que “*o país não é pobre, mas extremamente desigual, injusto e com muitos pobres*”<sup>30</sup>.

Diferentemente do que vem ocorrendo em outros países, no Brasil, o grau de desigualdade de renda diminuiu 4% de acordo com as Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (Pnads) 2001/2004, do IBGE, o que significa que a renda dos 20% mais pobres do país cresceu, no período, cerca de 5% ao ano, enquanto a dos 20% mais ricos diminuiu em 1%. Porém a taxa de desigualdade ainda permanece muito alta e, nesse ritmo, para o IPEA<sup>31</sup> seriam necessárias “*mais duas décadas para nos equipararmos a outros países com desenvolvimento semelhante*”. O que pode se constatar, então, é que se faz necessário o aprimoramento de políticas públicas para sustentar esse declínio.

Merece destaque as contribuições do economista Amartya Sen (2001) ao debate sobre desigualdade e, principalmente pobreza, quando propõe uma abordagem sob uma perspectiva ampliada, não focalizada apenas nos rendimentos, mas também nas



“capacidades básicas de cada pessoa”, que variam conforme sexo, idade, saúde física, entre outros. Por exemplo, ao se comparar uma pessoa fisicamente deficiente com outras numa mesma faixa de renda, a desvantagem é notória, assim a desigualdade de oportunidades “*não depende somente das nossas rendas, mas também da variedade de características físicas e sociais que afetam nossas vidas e fazem de nós o que somos*”<sup>32</sup>.

Neste sentido, seus estudos foram muito importantes para a construção e o aprimoramento do uso de indicadores sociais combinados, como o IDH – Índice de Desenvolvimento Humano, calculado pelo PNUD – Programa para o Desenvolvimento das Nações Unidas, desde 1990. Este índice não abrange todas as dimensões do desenvolvimento humano, não incluindo, por exemplo, indicadores de desigualdade, mas fornece um contraponto aos indicadores econômicos.

O IDH<sup>33</sup> é formado por três dimensões: saúde (medida pela esperança de vida ao nascer); educação (medida pela alfabetização de adultos e pelas matrículas nos ensinos fundamental, médio e superior) e renda digna (medida pelo produto interno bruto em PPC - Paridade do Poder de Compra, em dólares). Pela sua abrangência, mesmo que com limites, há possibilidades de comparação entre países e intra-país.

De acordo com o relatório de desenvolvimento humano de 2006 realizado pelo PNUD<sup>33</sup>, mas com dados oficiais até 2004, o Brasil teve um declínio da 63ª posição para a 69ª posição no ranking (em 177 países no total), com um índice de 0,792 (médio desenvolvimento humano), devido a mudanças de mensuração em educação e não a queda no desempenho educativo. Isto aconteceu porque os dados relativos à taxa de escolarização utilizados no IDH não devem incluir o ensino de adultos, dado que era oferecido pelo Brasil e mais 31 países quando enviavam as informações das matrículas escolares. Os novos conjuntos de dados estão mais uniformes, no entanto esta mudança teve efeitos adversos para alguns países, incluindo o Brasil.

Logo, esta posição demonstra uma esperança de vida em 70,8 anos, taxa de escolarização bruta em 86% e renda per capita de US\$ 8195,00 dólares. Ao longo dos últimos anos, o país que é considerado um dos mais desiguais do mundo, ainda que tenha apresentado um crescimento econômico aliado a uma queda na desigualdade de rendimentos. Além disso, os pobres de renda também vivem em piores condições ambientais e de saúde.

Para Westphal<sup>34</sup>, tais indicadores exprimem as transformações que ocorreram na sociedade, assim como a “*alteração no perfil populacional e na expectativa de vida, em função dos avanços da biologia, da descoberta de novas doenças e terapêuticas*”.

Ainda se evidenciou o agravamento das desigualdades sociais intra e interpaíses, resultado de um modelo monetarista excludente. Neste sentido, na saúde pública em nível mundial, cresce a importância das discussões acerca dos processos interdependentes de desigualdades sociais e saúde. É necessário o aprimoramento de estudos para que não se crie falsos cenários para a implementação de políticas sociais que atuem efetivamente sobre tais processos.

### 1.1 Desigualdades Sociais e Saúde

Para Magalhães<sup>35</sup>, os estudos sobre desigualdades sociais e saúde não representam uma novidade no campo da saúde pública, mas pode-se dizer que há uma retomada importante das pesquisas na área entre as décadas de 70 e 80 do século XX. Castel<sup>36</sup> ressalta que a diminuição do emprego formal, o declínio das formas de associativismo, e a fragilidade dos mecanismos tradicionais de gestão pública criaram e agravaram as experiências de vulnerabilidade social no período, principalmente entre “*grupos sociais até então amparados pelo sistema de proteção social*”.

Conseqüentemente, os impactos da deterioração das condições sociais foram mais percebidos no perfil epidemiológico de determinados segmentos populacionais, como os mais pobres, por se encontrarem continuamente em situações de desvantagem e discriminação. Deste modo, é importante “*a identificação de indicadores do estado de saúde que incorporem as múltiplas dimensões das iniquidades sociais em diferentes contextos*”, definidas como desigualdades injustas e contornáveis e que impedem as pessoas de “*alcançar plenamente seu potencial de liberdade e oportunidade*”<sup>37</sup>.

Margareth Whitehead<sup>38</sup>, renomada autora deste campo, define iniquidade – ou falta de equidade - como “*diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis*”, advindas das precárias condições de vida que interferem na saúde da população ou em grupos definidos com critérios sociais, econômicos, demográficos ou geográficos.

Para reforçar a evidência das condições de vida no processo saúde-doença e fatores de morbidade e mortalidade, foi realizado um esforço na sistematização do conhecimento acumulado sobre a determinação social da saúde por Marmot e Wilkinson no relatório publicado pelo escritório regional da OMS da Europa, intitulado *Solid Facts*<sup>39</sup>. Este estudo reconhece que “*os ricos vivem mais e adoecem menos, do que*

*os pobres, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento*". As desvantagens no estado de saúde das pessoas tendem a se concentrar entre os grupos socialmente mais vulneráveis. A atividade profissional que exige maior esforço físico e emocional, gerando o aumento do estresse, está diretamente relacionada ao surgimento de doenças cardiovasculares. Ou ainda, a insegurança ou perda do emprego formal compromete, no nível individual, em termos de auto-estima, a interação e a identidade social, o que acaba se repercutindo no estado de saúde. No nível coletivo, as relações de reciprocidade e confiança que vão embasar o grau de coesão social também são impactadas pelas adversidades presentes nos cenários sociais.

O reconhecimento de elos entre as diferentes formas de inclusão e exclusão sociais favorece a compreensão das dimensões relativas às desigualdades em saúde nos diferentes grupos populacionais. Diderichsen, Evans e Whitehead apontam que as pessoas que estão inseridas em posições sociais menos privilegiadas são as mais expostas a diferentes fatores de risco, ou ainda, a combinação destes, o *“que aumenta a sua vulnerabilidade ao efeito de uma causa específica”*, do que em membros de setores sociais mais privilegiados<sup>38</sup>.

Apesar da relação inerente entre renda e condições de saúde, seus efeitos podem ser minimizados quando existem *“maiores investimentos em infra-estrutura e equipamentos coletivos”*. Além disso, *“alguns estudos mostram que esta variável tende a diminuir, quanto mais se avança nas classes de renda”*<sup>37</sup>.

O estudo de Nunes et al<sup>40</sup> aponta que a provisão de saúde pública tende a influenciar os indicadores sociais em regiões empobrecidas, atenuando os fatores de vulnerabilidade. Portanto, seria um importante canal para a implementação de políticas de inclusão social e garantia ao exercício da cidadania.

A relação entre desigualdades e saúde é apresentada principalmente através de estudos que correlacionam a privação de condições sociais e taxas de mortalidade infantil, acesso aos serviços públicos de saúde e gasto per capita em saúde. O estudo sobre mortalidade infantil apresentado por Marmot no Congresso Mundial de Saúde Pública em 2006, demonstrou que, enquanto num país rico, como a Islândia, a taxa de mortalidade infantil de 3 crianças a cada 1000 nascidas, num país pobre, como Serra Leoa, este valor sobe para 166. Em outro estudo, ao comparar a incidência de doenças do coração, diabetes e câncer, nos três níveis sociais entre ingleses e americanos, na faixa de 55 a 64 anos, observou-se um risco maior no nível social mais baixo dos dois países, identificados como de primeiro mundo. Ainda segundo o pesquisador, os gradientes observados na situação de saúde entre os diferentes níveis sociais dos grupos

populacionais se relacionam com a renda, mas, além disso, também com as relações de experiências psicossociais subjetivas vivenciadas no ambiente.

A partir destes e outros estudos sobre o tema, foi criada em 2004, na Assembléia Mundial de Saúde, a Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde, com o objetivo de juntar evidências científicas para a ação. No Brasil, em 2006, foi criada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde – CNDSS, tendo como objetivos gerais: produzir conhecimentos sobre as causas de natureza social sobre a situação de saúde da população com vistas a fundamentar programas e políticas; promover intervenções pertinentes ao tema, além de mobilizar a sociedade civil sobre a importância de diminuir as iniquidades.

Este esforço da Organização Mundial da Saúde é importante porque, ainda hoje, é muito presente a crença de que *“o sistema de saúde é capaz de melhorar a saúde da população e reduzir as disparidades nas taxas de mortalidade entre os subgrupos”*<sup>19</sup>. Na França, por exemplo, o Ministro da Saúde Jean-François Mattei, em 2002, ao discursar na Academia Nacional de Medicina, considerou que a obrigação dos envolvidos na saúde pública nada mais é do que modernizar a organização dos serviços de saúde. A expressão Promoção da Saúde só aparece na legislação francesa como um lembrete da missão do INPES, não substituindo a palavra prevenção que consta no nome desta entidade de saúde pública. Ainda segundo Pascal, Abbey-Huguenin e Lombraill<sup>41</sup>, a política de saúde visa essencialmente a redução das desigualdades sociais em saúde a partir do ângulo de acesso a seus cuidados primários.

No entanto, alguns estudos de McKinlay<sup>42</sup>, Ashton e Seymour<sup>43</sup> vêm demonstrando que, se por um lado o sistema de saúde tem impacto positivo sobre as pessoas que necessitam de cuidados, por outro pode ter efeitos nocivos ou nulos sobre a saúde populacional. Segundo Abenhaim<sup>22</sup>, enquanto que na França estima-se que 18 mil pessoas morrem todos os anos por causa dos efeitos colaterais da medicação, nos Estados Unidos, o Institute of Medicine<sup>44</sup> considera que os erros médicos causam 98 mil mortes anualmente.

Para Ridee<sup>19</sup>, somente os atendimentos clínicos do sistema não reduzem as desigualdades sociais em saúde, conforme as pesquisas que demonstram as dificuldades de comprovação. Por exemplo, na província Manitoba, à semelhança do que acontece em outras regiões canadenses, o sistema de saúde é em grande parte financiado e administrado pelo setor público. Ross<sup>45</sup> em uma pesquisa nesta região sobre a utilização dos serviços oferecidos pelo hospital local nos anos de 1986 a 1996 demonstrou um acréscimo de 40% no uso pelo segmento mais pobre da população, o que representou

30% a mais do que as admissões pelo segmento mais rico. Tal dado pode indicar um sistema de saúde mais equitativo. No entanto, ao analisar as disparidades nas taxas de mortalidade neste mesmo período, observa-se que não só a situação permaneceu desfavorável para os mais pobres, mas que a diferença aumentou, conforme exemplificado pela tabela (1) abaixo. Em outras palavras, embora o uso do sistema tenha sido mais equitativo, em termos de necessidade, as desigualdades sociais em saúde não foram reduzidas.

Tabela 1: Desigualdades na utilização do sistema de saúde e mortalidade em Manitoba, Canadá.

Indicadores	Razão Pobres/Ricos	
	1986	1996
Número de dias no hospital	1.40	1.38
Taxa de admissão ao hospital	1.31	1.32
Taxa de mortalidade por todas as causas	1.21	1.42
Taxa de mortalidade pré-matura	1.39	1.85

Fonte: Roos (2005)

Para O'Neill e Stirling<sup>46</sup>, a educação em saúde é outra estratégia muito utilizada para superar os desafios na redução das desigualdades, principalmente em países como Estados Unidos e França. No entanto, assim como o atendimento clínico, esta linha de ação isoladamente também não tende a alcançar objetivos amplamente satisfatórios.

Rose<sup>47</sup> explica que as atividades de educação em saúde devem ter como alvo a população como um todo, não apenas grupos de alto risco. Desta forma, se os fatores de risco são trabalhados numa perspectiva coletiva, suas influências sobre o estado geral de saúde da população são menores do que quando dirigidos exclusivamente a grupos de alto risco. Para Whitehead<sup>48</sup>, também é importante salientar que quando tais intervenções, visando comportamentos nocivos para a saúde, são dirigidas à população como um todo, podem ter um impacto muito maior sobre os grupos sociais mais desfavorecidos, contribuindo assim para manter ou até mesmo aumentar as desigualdades.

Em suma, se por um lado a educação em saúde deve agir sobre toda a população a fim de melhorar a saúde global, o que pode acarretar o risco de aumentar as desigualdades, por outro, ao focalizar determinados subgrupos, pode provocar aumento nos sentimentos de exclusão e estigmatização. Assim, Ridde<sup>19</sup> salienta que o argumento da Promoção da Saúde para reduzir as desigualdades sociais em saúde é mais de natureza política do que os argumentos acima explicitados, e está intrinsecamente ligado ao empenho dos profissionais que trabalham na área da saúde.

Gepkens e Gunning-Schepers<sup>49</sup> apontam que a ineficácia da saúde pública na redução das disparidades em saúde pode ser parcialmente explicada pelo fato dela não ter assumido esse desafio. As intervenções foram mais baseadas em abordagens tradicionais de educação em saúde do que sobre as novas propostas de ação com base holística nos cinco pilares promocionais da saúde. Fora isso, na Carta que orienta as ações deste campo está incluído o objetivo de atuar sobre as desigualdades em saúde. Na Declaração de Alma-Ata (1978), este tema foi reconhecido, mas a sua redução não era um objetivo essencial e sim a realização do mais elevado nível possível de saúde. Em contrapartida, para Rootman<sup>7</sup>, a Carta de Ottawa afirma que a ação de Promoção da Saúde se destina a reduzir as diferenças no atual estado da saúde, através de um processo de equidade e justiça social, um dos seis princípios subjacentes às iniciativas de Promoção da Saúde.

Segundo VIG<sup>50</sup>, um dos documentos produzidos pelo escritório regional da OMS na Europa, como parte das reflexões preliminares sobre a Carta de Ottawa, estipula claramente que a redução das desigualdades é um objetivo da Promoção da Saúde. A força tarefa europeia recentemente estudou a questão de intervenções de Promoção da Saúde que são eficazes na redução das desigualdades na saúde.

Através do *advocacy* e da capacidade de influenciar as políticas públicas saudáveis, a Promoção da Saúde pode contribuir para o avanço da equidade em saúde. Isso significa que os implementadores de Promoção da Saúde devem analisar os objetivos estabelecidos para garantir que estes não se destinem apenas à melhoria da saúde global da população. Na melhor das hipóteses, isso apenas replica as desigualdades e, no pior dos casos, agrava-os. Ridde et al<sup>51</sup> apontam que uma vez que o objetivo foi revisto e as ações iniciadas, existe a necessidade de recolher e avaliar as provas da sua eficácia na redução das desigualdades sociais em saúde, o que resulta em abrir “*novos campos de trabalho teórico, conceitual e prático*”.

## **1.2 Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local**

A aliança entre Promoção da Saúde e desenvolvimento local em programas pode ser entendida como uma estratégia em políticas públicas para o fortalecimento da participação comunitária e o planejamento de ações intersetoriais, e para a melhoria dos determinantes sociais da saúde que explicam a qualidade de vida da população. Para

Akerman<sup>52</sup> há um aumento significativo de trabalhos neste campo de conhecimento, mas ainda se faz necessária a ampliação da gama de estudos acadêmicos sobre o tema, contribuindo para a construção de um campo conceitual em que as *“ações locais potencializem o desenvolvimento e favoreçam a saúde”*.

A concepção social da saúde tem se ampliado principalmente a partir da segunda metade do século XX. Quando se pensa numa comunidade saudável, se imagina um lugar com áreas verdes, ar limpo, saneamento básico, acesso à justiça, emprego e renda, escolas e educação de qualidade, vida cultural e recreativa, paz, segurança e bons serviços de saúde. Logo, atuar sobre os determinantes sociais da saúde é promovê-la positivamente.

Em termos conceituais, a Promoção da Saúde é preconizada na Carta de Ottawa como *“o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e de saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”*<sup>53</sup>. A Carta assume ainda que a equidade deve ser um dos focos da Promoção da Saúde por buscar reduzir as diferenças no estado de saúde da população e no acesso a recursos diversos para uma vida mais saudável. A saúde é considerada o resultado de ações intersetoriais, agindo nos determinantes gerais do bem-estar e da qualidade de vida.

Ainda segundo a Carta, foram elaboradas três estratégias fundamentais: a defesa da causa - ou *“advocacy”* - onde a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, logo as ações devem atuar para que os determinantes sejam cada vez mais favoráveis; capacitação de forma a assegurar oportunidades e recursos igualitários para que todos possam realizar o seu potencial de saúde; e mediação para afirmar a saúde mediante uma ação coordenada entre os diferentes setores sociais, adaptando-se às necessidades locais.

Além dos cinco campos de atuação: o das políticas públicas saudáveis, cuja ação intersetorial vai produzir políticas públicas e programas que promovam a saúde e a equidade, que possibilitem opções saudáveis para a população, tornando-as mais acessíveis; o dos ambientes favoráveis à saúde onde as intervenções em escolas, locais de trabalho, comunidades, serão realizadas no âmbito do saneamento, habitação, transporte, áreas de convívio e lazer; o do reforço da ação comunitária com o *“empowerment”* ou fortalecimento da comunidade, gerando mobilização e participação no sentido de conquistar melhorias na saúde e mudanças nos seus determinantes sociais; o do desenvolvimento de habilidades sociais para aumentar o conhecimento, promover

a participação, capacitar e fortalecer indivíduos para que busquem melhores condições de saúde; e o da reorientação do sistema de saúde no sentido de um novo modelo assistencial que assuma atividades de prevenção, parcerias, humanização do atendimento e um vínculo de responsabilidade com a população. Para pensarmos neste novo ciclo, é importante que:

“o aprimoramento do atual modelo de atenção, onde a agenda da Promoção da Saúde seja compreendida numa dimensão em que a produção da saúde é realizada fundamentalmente, embora não exclusivamente, fora da prática das unidades de saúde, ocorrendo nos espaços do cotidiano da vida humana, nos ambientes dos processos produtivos e na dinâmica da vida das cidades e do campo, buscando compreender o ambiente como um território vivo”<sup>54</sup>.

Cada setor, educação, trabalho, habitação, lazer, transportes, meio ambiente, assistência social, entre outros, deverá ter suas estratégias de atuação, orientadas pelo ideário das políticas saudáveis. O setor saúde propriamente dito deve reorientar-se, indo além da simples provisão de serviços, apoiando indivíduos e grupos para uma vida mais saudável, articulando-se com os demais setores.

O conceito de participação suscita variadas dimensões e definições no setor saúde, mas no âmbito da Promoção da Saúde pressupõe um processo pelo qual indivíduos, instituições ou grupos comunitários intervenham para identificar problemas e propor ações de mudança. Para tal, se reconhece no indivíduo e na coletividade sua potencialidade colaborativa, pressupondo sua autonomia e sua capacidade de nortear intervenções a nível local, ou seja, promover processos participativos de todos, de forma a contribuir efetivamente para mudanças na qualidade de vida de uma localidade.

O termo intersetorialidade pode ser entendido como a convergência de diferentes setores governamentais e não-governamentais para produzir políticas integrais e integradas que respondam às necessidades sociais. Nesta direção, Junqueira<sup>55</sup> aponta que a busca pela articulação de saberes e experiências para o planejamento, a realização e a avaliação de ações para alcançar resultados integrados em situações complexas produz um “efeito sinérgico para o desenvolvimento social”.

Já a importância do termo equidade cresce com a sua incorporação nas discussões em torno de políticas públicas e na trajetória de estudos sobre desigualdades sociais em saúde.

Face aos aspectos referentes ao campo promocional da saúde, esta proposta aproxima-se fortemente do debate sobre desenvolvimento local integrado e sustentável



(DLIS), na medida em que ambos buscam um desenvolvimento social equânime da sociedade, o que vai refletir sobremaneira nos indicadores de desenvolvimento humano em termos de educação, renda e expectativa de vida.

Para Krutman<sup>56</sup>, o crescimento econômico aparece como bandeira das políticas públicas realizadas nos países, como caminho para o desenvolvimento social, no sentido de ampliar as condições da qualidade de vida e do exercício dos direitos de uma dada população, em determinado momento histórico. No entanto o que se observou foi um crescente acúmulo de capital, mas sem benefícios para o coletivo.

Com isso, Franco<sup>57</sup> aponta duas vertentes que abordam o tema do desenvolvimento: a primeira inclui os que não questionam o padrão de desenvolvimento atual e que acabam no discurso sobre a globalização e a necessidade de se promover o local através de diferenciais de competitividade que possam colocá-lo no cenário mundial, tendo como principal vertente a econômica. A segunda vertente questiona o atual modelo de desenvolvimento e tem como principal contribuinte a reflexão que ocorre, sobretudo na área ambiental, questionando a economia de crescimento ou crescimento econômico a qualquer custo e, por vezes, o próprio modelo de organização territorial, buscando alternativas para o problema da desigualdade, da distribuição de renda e da escassez dos recursos naturais. Nesta vertente intenta-se mostrar os limites sócio-ambientais aos padrões atuais de produção e consumo, afirmando o local como *“elemento de transformação sócio-político-econômica, representando o locus privilegiado para novas formas de solidariedade e parceria entre atores, em que a competição cede espaço à cooperação”*.

Neste sentido, Bonatto<sup>58</sup> salienta que desenvolver significa dinamizar as potencialidades, ou seja, aqueles elementos que se observam como sendo positivos, aquilo para que se tem propensão, *“aquilo que pode vir a ser”*. Esse conceito de desenvolvimento merece destaque, uma vez que sua base está no alvo das ações, no lugar. As potencialidades identificadas precisam ser estimuladas para que tenham terreno e condições para gerar desenvolvimento de fato, senão se constituirão apenas como ações pontuais e com um curto tempo de duração.

Segundo Buss e Ramos<sup>59</sup>, o desenvolvimento passa a ser definido como um processo participativo, equitativo e sustentável, cujo objetivo é a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem em comunidades e a conquista de modos de vida ética, política, social, econômica e ambientalmente mais sustentáveis. Assim, falar em desenvolvimento pode significar: melhorar a vida das pessoas - *desenvolvimento humano* -, de todas as pessoas - *desenvolvimento social* -, e das que estão vivas hoje e

das que viverão amanhã - *desenvolvimento sustentável* -. Franco<sup>57</sup> aponta ainda outros tipos de capitais além do econômico: o *capital humano*, que se refere diretamente ao conhecimento e envolve educação, saúde, alimentação, nutrição, cultura, pesquisa, entre outras; o *capital social*, que se refere ao nível de organização de uma sociedade e o *capital natural*, que diz respeito às condições ambientais.

Portanto, para se promover o desenvolvimento, é necessário investir nos diferentes tipos de capital, de maneira coordenada, pois não há desenvolvimento sustentável, sem que haja desenvolvimento humano e social. Para Bonatto<sup>58</sup> é interessante observar que tanto na área do desenvolvimento local quanto do município/comunidade saudável, se percebe o desafio de misturar diferentes conhecimentos e aplicá-los nos territórios, de modo a colaborar para os diferentes capitais, reconhecendo potencialidades e reflexões, de modo articulado e integrado às políticas públicas saudáveis.

Moisés<sup>60</sup> indica que o termo sustentabilidade já estava presente em estudos de cunho ecológico nos anos 70 que focalizavam a interdependência entre população e os recursos do seu ambiente. A partir dos anos 80, passou a abarcar as relações entre desenvolvimento e meio ambiente, explicitadas na Conferência da ONU realizada no Rio de Janeiro em 1992 sobre este tema. Neste contexto, no relatório que a Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento apresentou à ONU, sob o nome de Nosso Futuro Comum, o desenvolvimento sustentável aparece como pilar para as ações planejadas. Desde então se tem observado as possibilidades de aplicação desse conceito e sua operacionalização. Sua abrangência vem se ampliando cada vez mais, o que permitirá uma maior articulação entre as dimensões econômica, ambiental e social, vistas como indissociáveis. Este termo incorpora-se ao discurso das conferências mundiais e às agendas dos organismos internacionais, além das nações signatárias dos acordos e convenções nelas negociados. Tem orientado a prática de lideranças, formuladores e executores de políticas públicas, práticas sociais ou empreendimentos.

Segundo Franco<sup>57</sup>, o conceito de sustentabilidade faz analogia ao conceito de ecossistema, através de características que lhe confere capacidade de criar condições para a sua continuidade, tais como: “*interdependência*”, num sistema complexo onde ocorre relação mútua de todos os atores envolvidos, o que requer a conscientização da importância vital do papel de cada um neste processo; “*reciclagem*”, onde os processos devem ser cíclicos; “*parceria*”, entre os múltiplos atores favorece relações de ganho para todos; “*flexibilidade*” e “*diversidade*” na medida em que num sistema complexo as

partes com funções sobrepostas podem eventualmente substituir umas as outras. Essas características podem ser aplicadas ao desenvolvimento local, em unidades menores, locais, como comunidades, por exemplo.

Para Bodstein<sup>5</sup>, o aspecto político também é importante e se expressa no pacto de uma agenda comum, ou seja, dos acordos entre os parceiros e das estratégias e prioridades a serem atingidas a médio e longo prazo. A cooperação e confiança são elementos fundamentais para a sustentabilidade de iniciativas eminentemente participativas. Não é fácil construir consensos, articular diferentes ações, mas os esforços dos diferentes atores (comunidade local, governo, organizações da sociedade civil e empresas) são importantes para atingir um objetivo comum, na medida que, quando alcançado, gera maior impacto positivo.

Buss e Ramos<sup>59</sup> mostram que a noção de desenvolvimento integrado remete a idéia de inteiro, a partir de uma série de ações intersetoriais utilizando “*um código comunicacional e um método de agir sinérgico e compartilhado para a construção de uma síntese*”.

A categoria conceitual de local corresponde ao “*alvo sócio-territorial das ações*” e pode representar uma comunidade, um município, uma micro-região, enfim, um espaço sub-nacional. Portanto, local não se contrapõe a regional, nem mesmo a nacional, não é sinônimo de pequeno, mas sim uma delimitação. O local como exercício de novas práticas para enfrentar os problemas da sociedade atual. Assim, o desenvolvimento local não dispensa o papel das políticas nacionais, e o seu uso como categoria analítica será privilegiada neste estudo.

Sperandio<sup>61</sup> ressalta que é importante pensar nas diferentes dimensões que a palavra desenvolvimento engloba e suas possibilidades de ação, como o conceito de “*desenvolvimento local integrado e sustentável*”(DLIS). Não há uma definição rígida e delimitada, mas algumas características compoariam esta estratégia, tais como: capacitação para gestão local, criação de uma nova institucionalidade participativa, diagnóstico e planejamentos participativos, construção negociada de uma demanda pública da localidade (agenda local de prioridades para o desenvolvimento), articulação da oferta de desenvolvimento na localidade, fortalecimento da sociedade civil, fomento ao empreendedorismo e instalação de sistemas de monitoramento e avaliação.

Neste contexto, o DLIS se estabelece através de um processo participativo que se propõe a enfrentar e resolver questões sociais e econômicas num território\* determinado, transformando as estruturas e visando à melhoria sustentável da qualidade de vida de uma comunidade. Sua estratégia compreende o meio ambiente como um ativo do desenvolvimento, e propõe-se a não só desenvolver os aspectos produtivos, mas também os sociais, culturais, e político-institucionais que são inerentes a uma sociedade saudável.

### 1.3 Abordagens Avaliativas em Iniciativas de Promoção da Saúde

Para Carvalho et al<sup>62</sup>, a Promoção da Saúde como um campo ainda em “*construção e desenvolvimento, vem se consolidando a partir da convergência de reflexões interdisciplinares de conhecimento e práticas intersetoriais, para sobrepujar o modelo biomédico*”. Enfatiza a produção social da saúde, principalmente seus aspectos positivos.

Iniciativas de Promoção da Saúde se baseiam diretamente sobre os conceitos desenvolvidos na Carta de Ottawa. Pelo crescente número de experiências, a demanda por avaliações neste campo se torna cada vez mais necessária, seja para os envolvidos diretamente na realização das atividades que buscam documentar e mostrar o valor dos seus esforços empreendidos para aprimorá-los, quanto para aqueles que buscam evidências que justifiquem os investimentos neste campo.

Viana<sup>63</sup> aponta que, para aqueles que se interessam em estudar a implementação de intervenções como iniciativas, projetos ou programas, é importante compreender a política pública, que engendra, sob estruturas legais e institucionais, ações em distintos contextos sociais e políticos relacionados com a proteção social. Neste sentido, tais intervenções são orientadas por teorias, e segundo Pawson<sup>6</sup>, a abordagem avaliativa nada mais é do que o “*teste das condições ou mecanismos fundamentais que sustentam ou frustram tais teorias*”. A generalização da avaliação do conhecimento é, portanto, uma questão de ampliar o conhecimento destes contextos que condicionam o desenvolvimento da teoria de intervenções públicas. É ao nível do conjunto de teorias, e não de programas, que o conhecimento se torna móvel.

---

\* A categoria território vista não apenas como um espaço geográfico espacial, mas como um espaço para práticas identitárias, relações de conflitos e construção de consensos. Ver: Gohn MG. O Protagonismo da Sociedade Civil: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias. São Paulo: Cortez, 2005.

Segundo Rootman<sup>7</sup> há mais de 100 tipos de avaliação, mas será que todos são igualmente apropriados à avaliação de iniciativas em Promoção da Saúde, ou alguns são preferíveis a outros? Além disso, devem ser construídas novas metodologias e, se for, como é que serão desenvolvidas?

Neste âmbito, as avaliações baseadas na comunidade apresentam um desafio particular<sup>10,62,64</sup>. Os atributos destas intervenções as tornam particularmente difíceis de avaliar, o que inclui sua complexidade, a necessidade de ter em conta o contexto social e político, a flexibilidade e a evolução da natureza das intervenções, o leque de resultados que estão sendo perseguidos e a ausência do grupo de controle apropriado para finalidades de comparação. A medida do impacto ou do resultado ao nível de comunidade também coloca difíceis desafios metodológicos. Neste sentido, são colocados os limites da epidemiologia para a avaliação de políticas sociais, que requerem a incorporação de abordagens inovadoras baseadas nos desafios e tensões inerentes no processo de construção de efetividade em iniciativas comunitárias de promoção da saúde.

Tal como referido anteriormente, as iniciativas cada vez mais envolvem várias estratégias operando em vários níveis. Desenho e concepção adequados às avaliações em tais circunstâncias são de grande dificuldade.

O interesse neste estudo é focalizar a avaliação em mudanças sociais. Para Pawson, isto significa analisar as práticas sociais de seus agentes, incluindo suas relações, em “*intervenções que normalmente estão arraigadas em princípios de justiça social e equidade*”<sup>6</sup>. Também é pertinente identificar o uso e as limitações na avaliação de intervenções em desenvolvimento social multi-focais onde “*a participação e a adesão de vários participantes e as comunidades são uma variável crucial para o seu sucesso*”<sup>62</sup>. Neste sentido, a expressão das mudanças sociais esperadas requer a construção de processos colaboradores que envolvam todos os atores sociais nas fases de desenvolvimento e avaliação das intervenções.

Pawson<sup>6</sup> mostra que os principais resultados dizem respeito a identificação de mecanismos de ação subjacentes comuns a diferentes programas e/ou contextos, favorecendo a “*aprendizagem dos efeitos positivos e negativos das várias teorias sociais*”.

Para Wallerstein<sup>66</sup>, os implementadores tentam favorecer um processo que preveja meios a população de garantir um maior e melhor controle sobre sua própria saúde, ou seja, o *empowerment*, que é um valor orientador na Promoção da Saúde. As ações e intervenções a partir deste conceito aparecem para produzir resultados altamente

eficazes na melhoria da saúde. Segundo Lupton<sup>67</sup>, a crítica a esta abordagem é a possibilidade da retórica do *empowerment* desfavorecer investimentos nos profissionais da saúde pública e intervenções para convencer determinados grupos para desenvolver as suas competências e exercer controle sobre suas vidas. Outra questão é a dificuldade de avaliar intervenções de Promoção da Saúde através deste complexo conceito.

Hartz<sup>10</sup> propõe algumas características para a definição de iniciativas comunitárias. Geralmente se procura por mudanças coletivas e sociais sem tempo pré-determinado para concluir, buscando atingir a comunidade em sua totalidade, ou pelo menos, parte dela. As principais estratégias incluem advocacia, organização e ação política envolvendo o trabalho de membros e lideranças comunitárias. Para Potvin<sup>64</sup> é importante levar em conta a amplitude, a complexidade, a flexibilidade, e ainda o caráter participativo.

Outra pesquisa realizada por Boutilier et al<sup>68</sup>, analisou como profissionais de saúde pública vêem o sucesso em iniciativa de ação comunitária. Os dados demonstraram que a avaliação a partir de metodologias que se concentrem principalmente sobre ferramentas epidemiológicas não capta adequadamente os aspectos positivos em iniciativas desta natureza, o que pode levar a resultados incompletos. Isto em parte pode ser devido a uma improdutiva dicotomia entre processo e resultado.

Rootman<sup>7</sup> estabelece definições para distinguir processo e objetivo de iniciativas em Promoção da Saúde. Segundo o autor, é importante que ela seja aplicável a todas as abordagens do programa ou da política; coerente com os princípios de Promoção da Saúde, enfatizando a participação individual e coletiva; que focalize a responsabilidade tanto coletiva quanto individual a fim de produzir resultados únicos e sinérgicos. Além disso, é importante que seja flexível em sua aplicação, capaz de responder a mudanças circunstanciais, oportunidades, desafios e prioridades e que cubra todas as fases do processo de avaliação. E, por fim, que seja útil a todos os níveis de avaliação, não importando em qual nível esteja.

Os autores<sup>7,10,64,68</sup> aludem à complexidade da avaliação da ação comunitária, e sublinham a necessidade de desenvolver metodologias capazes de responder aos desafios no campo promocional da saúde. Os indicadores devem viabilizar uma aproximação não só com as múltiplas dimensões da saúde, mas também a contribuição da comunidade para a melhoria significativa e sustentável da saúde. Desde continuação do apoio da comunidade até a ação propriamente dita podem ser exemplos de avaliações positivas em iniciativas do domínio da saúde pública.

Abordagens metodológicas sobre a construção e realização de políticas públicas são importantes para a compreensão da ação governamental e das alternativas de gestão pública. Assim, é importante identificar as características das agências públicas que fazem a política, dos atores participantes desse processo, dos critérios e decisões utilizadas pelas instituições responsáveis pelo desenvolvimento da política, das relações entre atores e agências, e das variáveis externas que influenciam esse processo. Para Viana<sup>65</sup>, a sustentabilidade das ações empreendidas se faz necessário o esforço para explicar a difícil *“interação de intenções, construídas na fase de formulação de políticas e ações presentes na fase de implementação”*.

Ainda segundo a autora, é importante superar a idéia recorrente de que o sujeito da ação governamental são os atores governamentais, e os atores comunitários, apenas objeto deste tipo específico de ação. Por isso também se utiliza da expressão *“ação social”* para designar o ato de fazer políticas públicas, em que se estabeleça sempre uma relação entre os atores governamentais e os de fora, não de forma dicotômica, mas num processo contínuo e até mesmo independente da fase da política.

Como aponta Silva<sup>4</sup>, as intervenções podem ser *“simples, com objetivos claros e resultados concretos e avaliáveis”*. Por outro lado, podem buscar objetivos múltiplos que se destinem a viabilizar vários propósitos. Conseqüentemente seus objetivos são *“ambíguos, contraditórios ou abstratos, dificultando a sua avaliação a partir de indicadores simples”*. A partir das informações obtidas de um estudo avaliativo é possível identificar e incentivar as estratégias que obtiveram maior êxito e reorientar aquelas com baixo desempenho, no sentido de superar os obstáculos advindos das variáveis contextuais de onde se dá a implementação.

Mediante as mudanças no cenário político-econômico do Brasil, e dos problemas sociais decorrentes, com a manutenção das desigualdades sociais e precarização das condições de trabalho, atingindo principalmente os segmentos populacionais mais vulneráveis, as políticas públicas, com ênfase na saúde, vêm assumindo o papel cada vez mais importante no combate às iniquidades sociais.

## Capítulo 2

### A TRAJETÓRIA BRASILEIRA EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

Segundo Buss<sup>14</sup>, no caso brasileiro, as repercussões do movimento internacional de Promoção da Saúde se fizeram presentes à medida que no Brasil se questionava, ainda nos anos 70, o modelo assistencial vigente centrado na assistência médico-hospitalar.

Vale destacar, que nesse período se observou a entrada das ciências sociais na área da saúde, já que, até então, os problemas sociais e de saúde eram estudados em nosso país de forma separada. Isto possibilitou o desenvolvimento de projetos de atenção primária e trabalhos no campo da Medicina Social.

Nunes<sup>70</sup> aponta que no século XIX ocorreram as primeiras publicações sobre a convergência das ciências sociais e de saúde, denominada “*sociologia médica*”, e mais claramente no século XX, a partir da década de 50 nos Estados Unidos. Na América Latina e especificamente no Brasil, a contar-se dos anos 70, se observa a formulação desta nova área do conhecimento, a das ciências sociais em saúde. Neste período, o país enfrentou problemas nas esferas política e econômica, que provavelmente repercutiram na discussão e práticas da saúde pública e assistência médica.

Muitos autores desenvolveram trabalhos relacionando questões da medicina às práticas sociais presentes, sendo a tese de Sérgio Arouca (1975), um dos grandes marcos desta época, ao analisar a prática médica vinculada às características das sociedades e o modelo de produção capitalista.

Como ressalta Viana<sup>71</sup>, a partir dos anos 80, no âmbito do processo de redemocratização do país houve um esforço para a transformação do perfil das políticas públicas, entendida como um processo orientado por dois caminhos, evidenciando as convergências e divergências entre políticas nacionais e as aplicadas à microestrutura. O primeiro supõe políticas nacionais com o planejamento de estratégias graduais de caráter setorial e extra-setorial; e o segundo implica na constituição de ação governamental local.

Neste período, na área da saúde especificamente, o protagonismo político do movimento sanitário serviu de pano de fundo para a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), com a participação da saúde pública e dos segmentos populares, deliberou os princípios norteadores do que veio a ser o sistema de saúde brasileiro. Em 1987 foi criado o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), primeira estrutura responsável pela descentralização da gestão dos serviços e contratação de terceiros para



as esferas estaduais. Além disso, o SUDS definira a competência das três esferas de governo e a relação entre elas, no que se refere à capacidade de elaborar, planejar e gerenciar as políticas. A partir desta base, nasceu em 1988, o Sistema Único de Saúde – SUS.

Na discussão política, a intersetorialidade e a determinação social apareceram como elementos de Promoção da Saúde, nos artigos e leis da constituição brasileira, conforme o exemplo abaixo:

Art. 196: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”<sup>72</sup>.

A partir da perspectiva da Constituição Brasileira, vários elementos passaram a caracterizar a proposta do sistema de saúde. Entre eles encontramos os princípios da universalidade; da gratuidade; da integralidade das ações através da promoção, prevenção, assistência, reabilitação e assistência farmacêutica; de descentralização com direção única em cada esfera de governo; de controle social e de financiamento público. A participação complementar da iniciativa privada, também presente neste modelo, configurou um mix público/privado na prestação de serviços. Além disso, experimentou-se ainda neste projeto sanitário a regulação do sistema através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e da Agência Nacional de Saúde – ANS.

Nos anos 90, com a criação das leis orgânicas da saúde – LOAS, em todo o país foram implantados os conselhos de saúde em todos os níveis da administração, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o Programa Saúde da Família e as primeiras discussões sobre municípios saudáveis.

Lei 8.080 (art.2º): “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços sociais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (par. 3º)<sup>73</sup>.

Segundo Viana<sup>74</sup>, as revisões políticas visavam melhorar o sistema e, para isso, tomaram-se medidas como, a implantação da Norma Operacional Básica – NOB de 1993, que criou as Comissões Intergestores nas três esferas do governo, como espaços de negociação que fortaleceram a descentralização. Além disso, a implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e de Saúde da Família - PSF. Tais estratégias apontaram para importantes mudanças na organização dos serviços e

nas práticas assistenciais, contribuindo para o aprimoramento do sistema e maior controle social.

Nesta direção Souza<sup>75</sup> demonstra que o processo de descentralização nas esferas governamentais que se desenrolou mais intensamente a partir da década de 90, em todo o país, foi marcado por desigualdades inter e intra-regionais. Estas desigualdades interferiram sobremaneira nas relações intergovernamentais e nas ações desenvolvidas, com destaque para o crescimento diferenciado dos municípios, na área política e administrativa.

Observa-se conseqüentemente, as contradições que marcam o caso brasileiro. O estudo de Viana<sup>71</sup> indica que, por um lado, este apresenta transferência substancial de recursos da instância federal para as instâncias menores, sem acompanhamento do uso desses fundos. Por outro, o crescimento da autonomia nos diferentes territórios se combina com fracos mecanismos de responsabilidade.

As experiências mais bem sucedidas deste processo foram no campo da mobilização das organizações sociais, no que tange o controle social, expressado pelos conselhos de saúde. Estes vão de encontro aos princípios da política social brasileira, em temas de equidade, participação social e intersetorialidade. Em última instância, permitem a inclusão social de segmentos mais desprivilegiados na discussão política, como os diferentes usuários do sistema. Observa-se certa heterogeneidade numa pesquisa realizada pela FIOCRUZ<sup>76</sup> sobre o perfil de participação dos usuários nos conselhos municipais de saúde com mais de 100 mil habitantes em todo o Brasil, onde cerca de (21%) é constituído por associação de moradores, (20%) sindicatos, (12%) portadores de deficiência e patologia e (9%) grupos religiosos, com uma crescente democratização nos colegiados. Mesmo com os limites colocados por essa experiência, isto é, a participação mais efetiva dos movimentos sociais, os espaços nos conselhos têm se mostrado um exercício contínuo de cidadania.

O enfrentamento dos problemas sociais extrapola a ação do Estado, envolvendo o segmento privado e organizações da sociedade civil. A Conferência do Desenvolvimento Social realizada pela ONU (1995), reconhece a importância da conjugação de esforços dos diferentes destes atores. Neste sentido se faz necessária a compreensão do conceito de sociedade civil, que ao longo da história teve diferentes definições e usos permeados pelas influências do contexto histórico, a partir da construção das relações sociais em uma dada cultura.

Para Dagnino<sup>77</sup>, a sociedade civil pode ser entendida como uma esfera de interação social, diferenciada da economia e do Estado, composta por um conjunto de associações e formas organizativas que se distinguem de outros grupos de interesse (partidos, sindicatos, associações empresariais, etc.), tendo como características: base de recursos na capacidade de canalizar atenções públicas para suas campanhas; a constituição dos grupos é no contexto das próprias ações coletivas; a vinculação às associações da sociedade civil é, em geral, voluntária e livremente arbitrada e a natureza dos interesses emergem do mundo da vida.

É importante ressaltar que as associações da sociedade civil constituem apenas uma força propulsora de transformação no arcabouço institucional democrático, que deve ser permeável a aperfeiçoamentos para que se atenuem as tensões inevitáveis dos dilemas sociais. Em termos políticos, a ordem legal precisa ser respeitada por todos, para que se consolide uma sociedade civil atuante.

A tarefa hoje é construir uma sociedade política responsável com a vigência dos direitos civis básicos e reconstruir espaços públicos minimamente porosos, pois representam uma arena privilegiada de atuação política dos atores da sociedade civil, de difusão dos conteúdos simbólicos e das visões de mundo diferenciadas que alimentam as identidades de tais atores. Desta forma será possível assegurar uma relação saudável entre as esferas sociais da sociedade (comunidade, economia e Estado) com mais justiça social.

## **2.1 A Política Nacional de Promoção da Saúde**

No Brasil, a PNPS<sup>3</sup> foi promulgada em 2006, num esforço de garantir os princípios do SUS e aprimorar os serviços prestados ao coletivo com qualidade, enfatizando a atenção básica. Com o aumento da co-responsabilização entre os diferentes atores para a garantia da qualidade de vida, se colocou como desafio para o setor saúde, a construção da intersetorialidade. Esta é entendida como uma articulação dos distintos setores para se pensar sobre a questão, com o compromisso de garanti-la enquanto direito humano. Para isso, dentre as suas diretrizes, está o fortalecimento da participação social. No âmbito da saúde, é entendida como um exercício de cidadania, a partir da criação de mecanismos para a mobilização de grupos e movimentos sociais organizados com a busca por parcerias e pela equidade.

O conceito de equidade vem ganhando cada vez mais importância, sendo incorporado como eixo no texto da portaria que orienta a política nacional de Promoção da Saúde. Para Escorel, entende-se que os contextos diferenciados de cidadania na sociedade brasileira favorecem a “*introdução de diferença nos espaços de igualdade*”<sup>78</sup>, isto é, em espaços de cidadania orientados pelo acesso universal aos serviços e equipamentos sociais básicos.

O campo de Promoção da Saúde no Brasil se encontra em processo contínuo de estruturação cujo objetivo geral é reafirmar a saúde como direito da cidadania, assim buscando estratégias para o enfrentamento da pobreza e das desigualdades em saúde. A formação do grupo de trabalho em Promoção da Saúde e desenvolvimento local, vinculada à Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO<sup>79</sup>, é uma contribuição para os debates em curso. Este grupo identifica a avaliação de experiências no campo da Promoção da Saúde como tema de suma importância para sua consolidação no país. Tal iniciativa reforça a importância da parceria entre “*instituições de ensino/pesquisa, administração pública e organizações sociais e comunitárias para a efetividade e sustentabilidade das experiências de Promoção da Saúde e desenvolvimento local*”.

Além disso, para Bodstein<sup>11</sup>, com a diversidade de experiências de gestão local em todo o território brasileiro, no âmbito da descentralização do setor saúde, o que se observa é a necessidade de mais estudos avaliativos para “*qualificar as inúmeras mudanças em curso*”.

Carvalho<sup>80</sup> aponta que a concepção de Promoção da Saúde pode atuar transversalmente em todos os níveis de atenção nos serviços de saúde. Envolve desde o desenvolvimento de políticas públicas em defesa do meio ambiente, como da educação para a cidadania. Engloba os processos orientados para a qualidade de vida e o desenvolvimento local, e os modelos de desenvolvimento com viés social, em detrimento do econômico. Para tal, almeja-se superar os obstáculos presentes nas políticas públicas, tais como: estrutura administrativa segmentada e burocrática do Estado, cultura setorial e ausência de uma política estratégica de desenvolvimento social.

Akerman<sup>52</sup> salienta que com o caminho construído pelo sistema de saúde se terá uma rede de experiências locais, tanto no Brasil quanto no exterior e principalmente na América Latina, pela proximidade sócio-espacial. Seu desafio será sempre o de “*conectar o acúmulo conceitual e operacional do campo da saúde à estratégia de desenvolvimento local*”.

## 2.2 As Experiências de Municípios e Comunidades Saudáveis no Brasil

A Promoção da Saúde como campo conceitual e prático tem recebido, de todas as partes do mundo, uma significativa atenção de gestores, profissionais e estudiosos da área da saúde, mediante as possibilidades criativas na abordagem dos problemas de saúde de indivíduos e populações. O Brasil, pela sua imensidão geográfica e heterogeneidade cultural, apresenta diversas experiências autodenominadas de Promoção da Saúde. Entre elas encontramos: municípios saudáveis, iniciativas de cidades e comunidades saudáveis; ações relacionadas com a saúde dos idosos, hábitos saudáveis; rede de comunicação e informação; iniciativas de desenvolvimento local integrado e sustentável; habitações saudáveis entre outros.

Para Becker<sup>81</sup>, uma das principais estratégias de combate à pobreza, no Brasil e no mundo, são os programas territoriais integrados, que congregam a multiplicidade de saberes e a intersetorialidade de ações. Destacam-se como elementos comuns a tais intervenções, *“a importância de um comitê gestor local, o diagnóstico comunitário participativo e o planejamento de soluções locais e sua articulação para a formulação e implementação de políticas públicas”*, num processo participativo.

Segundo Zancan et al<sup>82</sup>, sua consequência é um projeto de desenvolvimento humano construído a partir das alianças entre os atores envolvidos e as forças sociais existentes, numa perspectiva de diálogo e convergência. A sistematização crítica de experiências neste campo tem alto grau de relevância para o aprimoramento destes programas ou de práticas similares.

As estratégias do campo da Promoção da Saúde são apontadas por Buss<sup>14</sup> como promissoras para aprimorar o sistema de saúde, na medida em que congrega diferentes saberes e recursos. Para Mendes<sup>1</sup>, são potencializadas quando aplicadas no mesmo território, vindo a se caracterizar como cidade saudável, na medida em que exprime um *“projeto estruturante do campo da saúde”*, onde os diferentes atores sociais buscam, através de uma gestão social, transformar a cidade num espaço de produção social da saúde.

Westphal et al<sup>83</sup> apontam que no caso brasileiro, a descentralização e democratização das políticas de saúde com a regulamentação do SUS é um marco histórico para o incremento de intervenções baseadas nas localidades, municipalizando principalmente os serviços da atenção básica e criando os conselhos de saúde participativos para o controle social. Um caminho de construção de baixo para cima é a

proposta do movimento Cidades Saudáveis, que vem sendo implementado no país desde a década de 90.

Os municípios brasileiros podem e devem ser um lugar privilegiado para a implementação das estratégias de Promoção da Saúde, em função dos princípios colocados na legislação, tais como a descentralização administrativa e a participação comunitária para o controle social. Para Westphal<sup>34</sup>, desde então, várias propostas vêm sendo discutidas no sentido de colocar em prática este conceito através da sensibilização de prefeitos, visando criar um pacto social para reorientação do modelo de desenvolvimento e gestão com base no tema de Cidades/Municípios Saudáveis e Agenda 21.

O ideário de cidades e comunidades saudáveis é fomentado pela OMS/OPAS desde 1986. A adoção de tais iniciativas é importante, principalmente nos países em desenvolvimento, onde predominam desigualdades geradas por cenários sociais adversos, marcados por carências e instabilidades político-econômicas<sup>83</sup>. Nessa perspectiva se faz necessário o tratamento de forma integrada e participativa dos problemas inerentes a estas localidades.

Segundo Mendes<sup>1</sup>, as cidades podem ser espaços de inclusão social, onde os esforços da sociedade com o poder público vão transformar suas organizações e práticas, promovendo de forma mais equitativa, melhores condições de vida. Isso implica reconhecer o aspecto positivo da saúde e acordar uma intervenção coletiva e organizada, através do “*planejamento estratégico situacional participativo*”.

Os programas integrados, já mencionados como tendência estratégica atual no combate a pobreza, se caracterizam por utilizarem linguagens diversas para propostas muito similares: Cidades/Comunidades Saudáveis, Desenvolvimento Local Integrado Sustentável (DLIS), Habitat e Agenda 21. Incluem-se também as cidades solidárias, cidades sustentáveis, cidades iluminadas e, plano diretor<sup>83</sup>.

Apresentar as principais experiências no Brasil tem sido um grande desafio, pelo fato do país não possuir um órgão ou instituição responsável pela sistematização e estímulo a tais intervenções, como ocorre em alguns países da América Latina, Europa e no Canadá. Neste sentido, estudo realizado por Mendes<sup>84</sup>(2000) contribui para a trajetória das iniciativas brasileiras baseadas neste ideário, iniciadas a partir da década de 90. Em 1998 existiam duas cidades no estado de São Paulo, Minas Gerais e Paraná; e três municípios em Alagoas e Ceará. Na avaliação desta autora, as primeiras experiências não avançaram na agenda governamental, na medida em que ficaram “*ao setor saúde ou foram lideradas por ele*”. Novo levantamento realizado em 2004<sup>83</sup>,

enumerou mais de 100 iniciativas brasileiras de município saudável, gerência participativa em sistemas locais de saúde, DLIS e Agenda 21.

Para contornar as dificuldades o caminho trilhado tem sido a formação de redes regionais, com diversidade de parceiros, sobretudo de instituições de ensino e pesquisa<sup>83</sup>. Entre as iniciativas de ação neste campo encontramos em nosso país, a *Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis*<sup>85</sup>, resultado de uma parceria entre OPAS, Unicamp, a ONG Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade – IPES e algumas prefeituras paulistanas. Em março de 2003, iniciaram suas atividades a partir do lançamento do “Guia para prefeitos para promover a qualidade de vida”, em evento realizado no Chile, onde se percebeu a necessidade de que as localidades constituíssem uma rede para facilitar o processo avaliativo de suas ações.

Para Sperandio<sup>86</sup>, esta rede pode ser entendida como um processo de construção coletiva, onde há um movimento de trocas de sucessos e dificuldades e “*constante compartilhar, com o objetivo de ser saudável*”. Dentre os objetivos da rede tem-se a criação de subsídios para a renovação de ações intersetoriais, e o fortalecimento dos diferentes atores, no sentido da “participação transformadora”. Entre esses objetivos encontramos também, a construção de estratégias que resgatem os valores e desejos de seus atores sociais dentro dos seus espaços sócio-territoriais. Por fim, a Rede se propõe a um novo movimento de interação entre Estado e sociedade em busca de algo comum, ou seja, o espaço saudável.

Todas estas ações são realizadas através de encontros entre as prefeituras participantes para o intercâmbio de informações. Até março de 2004 contava com 18 municípios do Estado de São Paulo, onde cerca de um milhão e meio de moradores destes municípios são potenciais participantes ou beneficiários deste processo de conquista de um espaço saudável. Para Sperandio<sup>86</sup> esta abordagem tem favorecido um novo olhar sobre as políticas públicas dos municípios integrantes da rede. Cada um tinha vários programas em andamento, com ações parecidas e nomes diferentes. A partir da articulação das secretarias com os segmentos sociais, todo o trabalho foi revisado e rearticulado dentro deste novo marco, o dos municípios saudáveis. Além disso, estudo de Sperandio e Villarta<sup>87</sup> demonstra que ocorreu um fortalecimento de processos de trabalho nos serviços de saúde, notadamente em programas de saúde da família, o que traz grandes esperanças para a continuidade e sustentabilidade desta experiência.

Municípios, cidades e comunidades saudáveis são estratégias territoriais, que ampliam as possibilidades de realizar atividades de Promoção da Saúde dentro de uma agenda política local. No nível micro-territorial, uma comunidade saudável é aquela que

busca produzir, manter e proteger a saúde de cada um dos seus membros, além de favorecer a perspectiva da equidade. Espera-se que cada participante deste processo tenha a possibilidade e a capacidade de identificar suas aspirações e satisfazer suas demandas, para assim atingir um estado relativo de bem-estar físico, mental e social.

A partir desta premissa, estudo de Bodstein e Zancan<sup>88</sup> demonstra que a Escola Nacional de Saúde Pública, da FIOCRUZ, num esforço de contribuir com a construção desta área do conhecimento desenvolveu várias experiências comunitárias num programa precursor no Brasil, localizado num complexo urbano marcado pela pobreza aliada a diversos problemas sociais, o Projeto DLIS-*Manguinhos*. O contexto local foi fator preponderante para a adequação da proposta. Localizada na zona norte do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz, onde está situada a Escola Nacional de Saúde Pública, é cercada pelo Complexo de Manguinhos, formado por 11 comunidades da região, entre as regiões administrativas de Ramos, Inhaúma, e da Leopoldina.

A proposta social é inovadora na medida em que procura atingir os determinantes sociais da saúde. Esta experiência teve início em 1999 com os objetivos de: identificar, articular e integrar as diversas iniciativas de desenvolvimento econômico e social; promover a interlocução e co-responsabilização entre o poder público, as entidades privadas e a população organizada, através da constituição de instâncias de gestão das políticas de desenvolvimento local; gerar e disponibilizar informações, metodologias e tecnologias em DLIS, a partir da sistematização deste trabalho<sup>5</sup>.

Como estratégia operacional do programa, foi definida uma agenda local de desenvolvimento com o fomento de um fórum comunitário local da região de Manguinhos, um conselho de desenvolvimento e uma secretaria executiva.

No Rio de Janeiro, a operacionalização da política nacional de Promoção da Saúde é ratificada pela Secretaria Municipal da Saúde, através da criação da Assessoria de Promoção da Saúde<sup>89</sup>, segundo portaria nº 687 de 30 de março de 2006, publicada no DOU de 31/03/2006. Suas diretrizes compreendem a integralidade, equidade, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação e sustentabilidade. Seu objetivo geral é contribuir para a melhoria da qualidade de vida para a redução das vulnerabilidades dos habitantes do município do Rio de Janeiro e dentre os objetivos específicos, tem a articulação com a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS). Segundo a Secretaria Municipal de Saúde<sup>90</sup>, as principais atividades da assessoria estão divididas por núcleos temáticos (integralidade, produção do cuidado, construções do protagonismo juvenil,



comunicação e saúde, produção do conhecimento e gestão), e refletem o esforço de agregar os projetos já existentes no âmbito da rede municipal e fomentar novas ações.

Segundo Branco<sup>91</sup>, antes da criação desta estrutura já existiam experiências, iniciativas e práticas, como pequenos ensaios dentro dessa percepção de Promoção da Saúde no município, apoiados pela secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro. Uma experiência importante foi a implantação do Programa Saúde do Adolescente – PROSAD/RJ a partir de 1987, que trabalhou na perspectiva de Promoção da Saúde e cidades saudáveis. Posteriormente esta experiência foi incorporada às ações da Assessoria de Promoção da Saúde. Outra ainda se refere ao trabalho do Instituto Municipal de Nutrição Annes Dias (Inad) – SMS-Rio, que tem criado estratégias para a adoção de práticas alimentares saudáveis no cotidiano, tais como: oficinas com profissionais de educação, de saúde e adolescentes; formação de grupo de trabalho PSF para dar visibilidade às ações de nutrição; inserção no calendário escolar da Semana de Alimentação para incentivar atividades de promoção da alimentação saudável.

O Centro de Treinamento em Atenção Integral à Saúde da Mulher – Espaço Mulher, foi incorporado no campo das ações de Promoção de Saúde a partir da criação dessa Assessoria de Promoção da Saúde no município do Rio de Janeiro. Seu objetivo é sensibilizar e capacitar os profissionais de nível médio e superior para o desenvolvimento de práticas educativas e a reorganização dos serviços. Outra ação dessa Assessoria é a Macrofunção Vida, grupo de trabalho que envolve as diferentes secretarias municipais, ONGs e universidades, visando à implementação de políticas públicas que favoreçam o cuidado paterno.

As Escolas Promotoras de Saúde é outra estratégia em curso desde 2000, cujo objetivo é consolidar a ação intersetorial entre os serviços de saúde e a comunidade escolar, fruto da Macrofunção de políticas sociais deste município.

Do universo de 1.059 escolas e 203 creches da rede de educação municipal que atende a cerca de 750.000 alunos e 40.000 professores, estima-se que cerca de 341 escolas trabalham na perspectiva de Escolas Promotoras de Saúde, das quais 23% estão em áreas de baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Na Área Programática 5.3, compreendida pelos bairros de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba, apresenta um dos piores padrões sanitários do Município do Rio de Janeiro. Desde 2001 iniciou-se a implantação de módulos de Saúde da Família, como a conversão do posto de saúde na comunidade de Antares em Unidade de Saúde da Família (USF). Este trabalho de conversão conta com a atuação do Grupo de Apoio

Técnico (GAT), instância da prefeitura que supervisiona as equipes de PSF, na sensibilização prévia da comunidade sobre os principais aspectos da mudança.

Com o apoio da coordenação de saúde na região de Santa Cruz, existem iniciativas neste campo desde 1995. Como aponta Branco<sup>91</sup>, mais tarde, no ano 2000, é desenvolvida parceria com a ONG Centro de Promoção da Saúde para a implantação do projeto “Iniciativa de Santa Cruz”, tendo como desdobramento a “Iniciativa de Vila Paciência”, objeto do presente estudo.

### Capítulo 3

## A EXPERIÊNCIA DE VILA PACIÊNCIA

### 3.1 O Estudo de Caso: Considerações Metodológicas

Para Minayo<sup>92</sup>, a interação entre teoria e métodos para analisar os problemas de saúde cria um leque de possibilidades. Por um lado, procura-se a compreensão em profundidade de valores, práticas, hábitos e atitudes de grupos e indivíduos sobre saúde e doenças, por outro, baseia-se na leitura da explicação de como esses grupos se tornam vulneráveis aos eventos que afetam sua saúde. A necessidade de pesquisas nesta área advém da perspectiva de desenvolver estudos que de alguma forma procurem contemplar aspectos sociais, econômicos, políticos e ideológicos.

Ainda segundo a autora, o desenvolvimento de trabalhos desta natureza aponta que *“em todas as investigações da área de saúde coletiva é possível juntar consciência teórica e relevância social”* para o aprimoramento dos conhecimentos existentes.

Há diferentes métodos para uma reflexão sobre determinada área do conhecimento, mas que de forma isolada podem não possuir elementos mínimos que possibilitem responder às questões suscitadas pela investigação científica. Além disso, os variados níveis de observação ajudam a compreender os dados objetivos e subjetivos que são interdependentes em uma dada experiência, contribuindo para a dissolução de dicotomias entre o quantitativo e o qualitativo.

Desta forma, as diferentes abordagens exprimem, cada qual a sua maneira, as articulações entre o individual e o coletivo presentes no ambiente social, de forma que o conhecimento do social sempre será um recorte ou uma aproximação e que, quando feitas em conjunto, promovam uma construção mais completa da realidade.

Vale ressaltar que o arcabouço qualitativo é o que melhor se coaduna a estudos de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos, como aponta Minayo<sup>92</sup>, por isso, foi a abordagem privilegiada nesta pesquisa por permitir um aprofundamento maior da realidade à medida que trabalha com o universo de significados e valores não mensuráveis.

O campo da avaliação de políticas e projetos sociais, para Viana<sup>65</sup>, também é permeado por diferentes abordagens, variando conforme o momento em que é realizada (antes, durante ou depois); pelo objeto de estudo; pelos objetivos definidos, pelas técnicas empregadas; e ainda pela relação estabelecida com a política ou projeto. Além disso, os tipos de estudo compreendem a avaliação de processo e de impacto. Enquanto

que o primeiro analisa a fase de implementação de determinada política, o segundo estuda o impacto, o efeito dos resultados desta mesma política.

Para fins deste estudo focalizou-se na avaliação de processo, buscando no desenho organizacional da iniciativa detectar os fatores críticos que, ao longo da implementação, interferiram positiva ou negativamente no alcance de uma efetividade social, ou seja, “*no nível de envolvimento social por parte dos participantes deste processo*”, segundo Draibe<sup>93</sup>.

Para esta autora, os estudos de implementação de processo valorizam a reflexão a partir dos contextos sociais concretos, na medida em que coloca o pesquisador frente as variáveis que modificam ou recriam a proposta de intervenção em um dado ambiente de caráter público, sendo, portanto, aquele que se desenvolve em esferas públicas e não privadas da sociedade. Assim ações desta natureza não se restringem apenas às participações estatais, podendo incluir organizações privadas ou não-governamentais de quaisquer tipos, sempre preservando o caráter público já mencionado. Este tipo de análise é pertinente quando tal intervenção é complexa e composta de elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos.

Desta forma, a modalidade de abordagem utilizada para analisar o *locus* de implementação foi o estudo de caso, descrito por Hartz<sup>10</sup> como investigação empírica de um fenômeno que pode dificilmente ser isolado ou dissociado do seu contexto, onde é possível buscar a questão do contexto sócio-institucional de implementação dentro das especificidades das áreas de favelas. É interessante mencionar que a observação é feita no interior de cada caso e não apenas na enumeração de suas unidades, onde a potência explicativa vai decorrer das relações entre os componentes do caso, da coerência das variações destas relações no tempo e dos efeitos produzidos pela intervenção.

Para definir o estudo de caso como abordagem de pesquisa, uma caracterização técnica proposta por Yin<sup>94</sup> (2005) ajuda no escopo, o que inclui:

- Investigar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, quando os limites entre o fenômeno e contexto não estão claramente definidos;
- Enfrentar uma situação tecnicamente única quando há mais variáveis de interesse do que pontos de dados;
- Basear-se em várias fontes de evidências, com os dados convergindo em um formato de triângulo;
- Beneficiar-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e análise de dados.

Outras características não tão importantes podem ser incluídas, entendidas como variações dentro da pesquisa de estudo de caso. Isso remete a idéia de flexibilidade desta estratégia metodológica, isto é, que novas informações ou constatações não impedem mudanças no projeto inicial.

Segundo Arretche<sup>95</sup>, é importante observar que os programas de ação pública são realizados cada vez mais a partir de relações inter-governamentais e diversas parcerias com a sociedade civil. E ter em mente as conseqüências institucionais desses fatores é de fundamental importância para aumentar a probabilidade de sucesso nesses programas.

Sendo assim, a estruturação desta pesquisa seguiu as respectivas etapas metodológicas:

- levantamento bibliográfico acerca das bases teóricas e conceituais relevantes para esta dissertação e do que já foi produzido sobre essa iniciativa;
- levantamento documental através de relatórios, vídeos e relatos produzidos pela ong participante deste processo;
- trabalho de campo realizado prioritariamente na comunidade de Vila Paciência, em Santa Cruz, Rio de Janeiro, pela necessidade da coleta de informações a partir da realidade social onde foi implementada a iniciativa, através de 12 entrevistas semi-estruturadas e um Grupo focal com 11 participantes.

#### *Técnicas para a coleta de dados primários*

A entrevista pode ser entendida como uma técnica de comunicação verbal com finalidade, destinada a construir informações objetivas ou subjetivas pertinentes a um objeto de pesquisa. Parga Nina descreve que o indivíduo a ser entrevistado é “*um exemplar restrito e peculiar daquela cultura*”<sup>96</sup> onde está o objeto, logo, quanto mais importante é o material produzido, mais enriquecedora será a análise. No caso da pesquisa qualitativa, o envolvimento do entrevistado com o entrevistador é uma condição necessária para o aprofundamento de uma relação intersubjetiva, pois “*sem intropatia é difícil se compreender os aspectos subjetivos da definição da situação do entrevistado*”.

Dentre as modalidades, tem-se a entrevista semi-estruturada que combina perguntas fechadas e abertas descritas pelo instrumento de um roteiro, definido como um guia para o trabalho de campo, composto por uma lista de itens indispensáveis para o delineamento do objeto. Para Minayo, a relevância das respostas não está no

somatório das respostas, e sim nos “*significados que conformam uma lógica própria do grupo ou, mesmo, usas múltiplas lógicas*”<sup>92</sup>.

Nesta pesquisa, as entrevistas semi-estruturadas foram orientadas por um roteiro (anexos 1, 2, 3), gravadas e transcritas com 12 entrevistados, sendo 06 entrevistados vinculados a organizações governamentais, 05 a organizações não governamentais e 01 a organização comunitária, listados a partir de um levantamento feito em relatórios técnicos, e que foram identificados apenas por letras e/ou números neste estudo para preservar suas identidades.

Em todas as entrevistas foi entregue o termo de consentimento (anexos 5,6) que justifica a utilização das informações prestadas para fins acadêmicos. Neste momento, foram apresentados os objetivos e a relevância deste estudo e posteriormente solicitada a permissão para o uso de gravador nas entrevistas e anotações em caderno de campo.

Os critérios de escolha privilegiaram as pessoas que participaram do momento de concepção da iniciativa, das etapas de implementação e das ações desenvolvidas no mesmo entre 2002 e 2007. As informações sobre a participação das pessoas pré-selecionadas foram obtidas partindo-se da sistematização das ações em relatórios técnicos da ONG Centro de Promoção da Saúde.

A segunda técnica utilizada foi o grupo focal, muito usada em pesquisas qualitativas, de forma exclusiva ou combinada com entrevistas individuais, que é o caso desta pesquisa. Esta modalidade de entrevista consiste na conversa em grupos pequenos e homogêneos, de 6 a 12 pessoas, com o objetivo de gerar consensos e/ou divergências. Também necessita de um roteiro geral (anexo 4) e a presença de um animador cujo papel será o de focalizar o tema, promover a fala de todos, inibir os monopolizadores e aprofundar a discussão. A segunda pessoa possível é a figura do relator para sistematizar este momento. O mais interessante desta técnica para Krueger é a “*capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos*”<sup>97</sup>.

O grupo foi formado por 11 moradores da localidade que, ou participaram ou realizaram as ações planejadas, em um dado momento do programa. A composição do grupo foi predominantemente feminino, maiores de 18 anos e que residem há anos na comunidade. Neste momento também foi apresentado o termo de consentimento para os presentes, solicitando autorização para a gravação das informações e o uso para fins acadêmicos.

Segue abaixo quadro com o universo de 22<sup>1</sup> pessoas participantes deste estudo:

<i>Grupo</i>	<b>Composição</b>	<b>Perfil</b>
<i><b>Governamentais</b></i>	Este grupo foi composto por <b>06 entrevistados</b> , representantes das áreas de educação, assistência social e saúde, com faixa etária entre 25 e 63 anos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. direção creche municipal</li> <li>2. graduanda de medicina e representação de universidade pública;</li> <li>3. profissional de sociologia de instituição estadual de assistência social</li> <li>4. coordenação regional (Santa Cruz) da secretaria municipal da assistência social;</li> <li>5. coordenação regional (Santa Cruz) da secretaria municipal de saúde;</li> <li>6. coordenação centro de estudos de unidade de saúde.</li> </ol>
<i><b>Não-governamentais</b></i>	Este grupo foi composto por <b>06 entrevistados</b> , representantes de duas organizações não-governamentais, um grupo comunitário e uma instituição religiosa, com faixa etária entre 42 aos 58 anos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. presidência de ONG</li> <li>2. coordenação geral de ONG</li> <li>3. coordenação técnica de ONG</li> <li>4. direção de ONG local</li> <li>5. coordenação grupo comunitário local</li> <li>6. coordenação administrativa de instituição religiosa</li> </ol>
<i><b>Comunitários</b></i>	Este grupo foi composto por <b>11 entrevistados</b> , moradores da comunidade, 08 mulheres e 03 homens, com faixa etária entre 20 e 49 anos e a minoria exerce atividade remunerada.	Grupo focal formado por 05 autores de planos locais de ação, 04 participantes de trabalho com jovens e 02 integrantes do projeto de empreendedorismo.

### *Análise dos Dados*

Finalizada esta etapa, o momento seguinte foi a reflexão acerca dos dados levantados, com o objetivo de subsidiar a confirmação ou não das hipóteses ou questões colocadas pelo estudo. Neste sentido a análise do material qualitativo privilegiou aspectos ligados às dimensões de equidade e sustentabilidade.

<sup>1</sup> Sendo que um entrevistado do segmento não-governamental também participou do grupo focal.

O método empregado de então foi a análise de conteúdo, definido por Bardin<sup>98</sup> como:

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

Segundo Minayo, existem várias modalidades de análise de conteúdo, mas para esta pesquisa se utilizou a técnica de análise temática, por ser considerada a “*mais simples e apropriada para investigações qualitativas em saúde*”<sup>92</sup>. A noção de tema está ligada a um determinado assunto e pode ser representada por uma palavra, uma frase ou resumo, sendo a sua validade de ordem psicológica.

Ainda segundo a autora, para a operacionalização desta técnica de análise, é necessário o cumprimento de três etapas: pré-análise (retomada dos pressupostos e objetivos iniciais da pesquisa para definição de categorias de análise), exploração do material (categorização ou redução do texto às palavras significativas) e interpretação dos resultados obtidos (inter-relacionando com o quadro teórico desenhado).

### **3.2 Contexto Sócio-espaial**

A comunidade de Vila Paciência também conhecida como Favela do Aço é uma região onde vivem cerca de 6.000 habitantes, segundo pesquisa realizada pelo CEDAPS<sup>99</sup>, e está localizada em Santa Cruz, bairro da zona oeste do Rio de Janeiro.

As informações sobre suas condições gerais encontram-se dispersas, sendo de difícil identificação pelas fontes oficiais, na medida em que não há uma classificação clara, tanto pelo Estado quanto pelo Município, sobre o seu status territorial (conjunto habitacional, parque proletário ou favela). Segundo o órgão estadual Fundação Leão XIII, a comunidade surgiu como Conjunto Provisório Habitacional Vila Paciência.

Com o passar do tempo, novos loteamentos foram surgindo ao redor desta localidade e, aliada a crescente violência, esta passou a ser reconhecida como Favela do Aço. Para a prefeitura, apenas uma parte desta comunidade aparece sob o nome de Favela São Gomário, baseada no Censo do IBGE (2000)<sup>100</sup>.

Logo, para uma melhor contextualização das condições sociais, as informações serão apresentadas a partir da 19ª Região Administrativa de Santa Cruz e pela respectiva Área Programática de Saúde (5.3) que engloba os bairros de Paciência, Sepetiba, e ainda pelo próprio bairro de Santa Cruz onde está inserida Vila Paciência. Dados gerais



da comunidade serão apresentados a partir do Diagnóstico Comunitário Participativo realizado pelo CEDAPS<sup>99</sup> em 2002. Além disso, a utilização do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) para o mapeamento das condições gerais do município é importante, pois favorece o planejamento de intervenções mais específicas, tanto nas regiões administrativas quanto nos bairros.

O município do Rio de Janeiro possui uma população aproximada de 6 milhões de habitantes numa área 1.255 Km<sup>2</sup>, 32 Regiões Administrativas (RAs) e 126 bairros ou conjunto de bairros. Dados sobre as condições gerais foram obtidos através do Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos – IPP.

A comunidade de Vila Paciência, divide-se internamente em duas áreas: a parte baixa conhecida como “vagão”, e a parte um pouco mais alta, conhecida como “dialta”.

A parte baixa é a mais antiga e a denominação de vagão pelos moradores se deve à estrutura física das casas construídas como módulos contíguos de 15 metros quadrados cada, sem divisões internas, que ficam um de frente para o outro com uma distância de aproximadamente 2,5 metros entre eles, formando uma série de vielas com vários pontos de rompimento de esgoto. Esta estruturação física lembra vagões de trem e o nome acabou sendo incorporado pelos moradores. É a área mais degradada da comunidade, pois o afundamento do encanamento de esgoto ocasiona a volta dos dejetos pelos canos até as casas e provoca infiltrações nas paredes, há dias que o forte odor é insuportável.

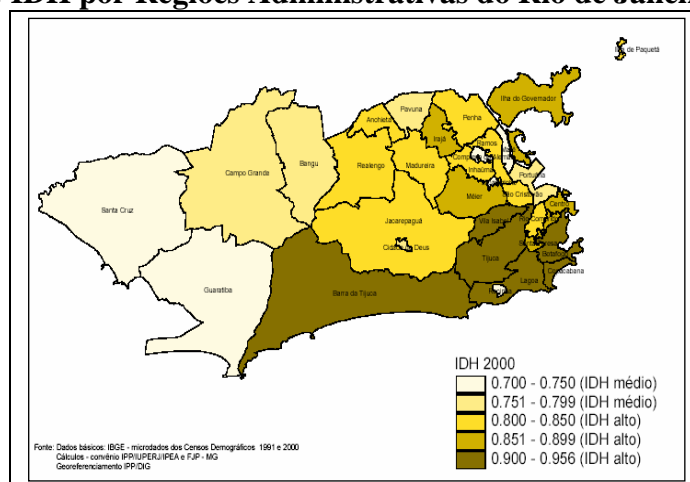
A parte alta foi construída depois e as casas são um pouco maiores, com dois quartos separados, mas muitas estão num alto grau de deterioração por falta de conservação.

Em 2000, das 32 Regiões Administrativas, 21 destas - quase 2/3 terços - alcançaram um IDH superior a 0,8. O número de regiões com IDH superior a 0,9 triplicou para seis: Botafogo, Lagoa, Barra da Tijuca, Vila Isabel, Tijuca e Copacabana. As regiões administrativas nas áreas mais afluentes da cidade mantiveram a liderança, mas todas regiões administrativas experimentaram uma elevação no IDH em 2000 ao compararmos a 1991<sup>8</sup>.

Na análise do mapa que apresenta o IDH das regiões administrativas do Rio (figura 1), Santa Cruz está entre as regiões administrativas mais pobres do município com o índice de 0,747 e ocupando a 27<sup>a</sup> posição. Fica a frente apenas de Guaratiba (28<sup>a</sup>) e regiões consideradas favelas, segundo a classificação do IBGE. Rocinha, Jacarezinho, Maré e Complexo do Alemão experimentaram elevadas taxas de crescimento (8,4%; 7,9%; 7,8% e 7,9%, respectivamente) na década de 90, porém, permaneceram

constantes nos últimos lugares na classificação no ano de 2000 (29º, 30º, 31º e 32º, respectivamente). Quando os dados são desagregados por bairros, Santa Cruz ocupa, dentre os 126 analisados, a 119ª posição com um índice de 0,742<sup>8</sup>.

**Figura 1: IDH por Regiões Administrativas do Rio de Janeiro em 2000**



Ainda segundo levantamento realizado pela Secretaria Municipal de Assistência Social (2006) sobre a distribuição da população de rua pelas regiões e bairro de origem, Santa Cruz apresenta uma das maiores concentrações deste segmento populacional. Dantas<sup>101</sup> aponta que muitas pessoas nesta situação buscam o centro e a zona sul pela maior possibilidade de conseguir renda e pernoitam nestas regiões por causa da dificuldade de pagar o transporte diariamente até suas residências. Este levantamento reforça então o relato dos participantes da Iniciativa de Vila Paciência sobre a inclusão de muitos moradores em situação de rua.

Diante do quadro de vulnerabilidade que apresenta a comunidade, a busca pela sobrevivência é dramática: *“E tudo que é projeto dá um dinheirinho, dá uma força, então é briga, é fila para ver quem é que vai conseguir a vaguinha.”*(grupo focal)

Das ações governamentais, o Programa Bolsa-Família (PBF) atende a uma grande parcela da comunidade, sendo a escola municipal o principal canal de comunicação com as famílias identificadas no perfil para o cadastramento, conforme relatos do grupo focal.

*“Aí! O que eu fiquei sabendo que no começo a [ex-direção da escola] foi a pioneira que lutou muito para trazer... Então, ela que liberou senha... Se deixasse pelo governo... Caraca! Santa Cruz! Ia demorar muito pra chegar aqui, é longe.”*(grupo focal)

O PBF é um programa de transferência condicionada de renda, e que foi instituído pelo governo federal em 2003, a partir da reunião de quatro programas de

renda anteriores – Bolsa Escola, Auxílio-Gás, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação. No entanto, não foi possível apresentar o número de famílias beneficiadas nesta comunidade, pois na coordenação de ação social da prefeitura que atende a região, os dados ainda não estavam sistematizados.

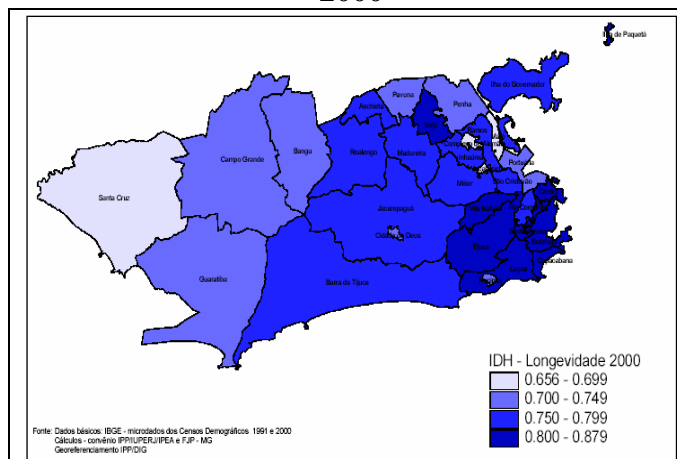
Os projetos sociais executados pela prefeitura em Vila Paciência foram agregados no Pólo de Vigilância Social, implantado apenas nesta comunidade da região de Santa Cruz. A alegação é de que a área tem alto nível de vulnerabilidade social, com grande número de pedintes nas regiões mais nobres da cidade. Tal alegação da assistência social vem do levantamento realizado pelo Sistema Municipal de Vigilância da Exclusão - SMVE, cujo objetivo é identificar as áreas mais excluídas das ações públicas na cidade do Rio de Janeiro.

Em Vila Paciência, o atendimento às famílias ocorre semanalmente na escola municipal da comunidade. Os principais projetos realizados, ou em andamento, incluem o PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil); PEJA (Programa de Escolarização de Jovens e Adultos), Agente Jovem, que é financiado pelo governo federal; Projovem, inclusive com uma parte deste projeto voltado para a construção civil, onde foram realizadas melhorias estruturais nas casas destes jovens; Fundo Carioca, onde as famílias receberam capacitação e recursos financeiros para montar o seu próprio negócio; Com licença, eu vou a Luta; Mulheres em Ação; Conversando que a gente se entende; Lero-Lero (que trata a questão do abuso sexual) e, mais recentemente; o Projeto Jovens Urbanos, que foi financiado por um banco privado.

Todos estes projetos têm em média um ano de duração. O que se observa é que as ações são pontuais e a participação dos profissionais não é contínua. A ação assistencial da prefeitura não é homogênea, porque muda o profissional de referência e consequentemente o estilo de trabalho.

Já os projetos estaduais citados foram o Agente Jovem, Amigos da Comunidade e o Cheque-cidadão, que foram incorporados ao Bolsa-Família, que também se caracterizaram como ações pontuais e por possibilidades momentâneas de renda para os participantes.

**Figura 2: IDH - Longevidade por Regiões Administrativas do Rio de Janeiro em 2000**



Nesta dimensão, as variações negativas na classificação foram mais significativas do que as variações positivas, principalmente para Santa Cruz que perdeu três posições, ficando entre os últimos (figura 2) com índice de 0,683, a frente apenas do Complexo do Alemão (0,656). Enquanto que Copacabana, Lagoa, Botafogo, Centro e Vila Isabel ocuparam as primeiras colocações, Guaratiba, Jacarezinho, Maré, Santa Cruz e Complexo do Alemão ocuparam os cinco últimos lugares. Entre as regiões menos afluentes, cabe destacar as regiões administrativas de Cidade de Deus (12,9%), Guaratiba (12,7%) e Jacarezinho (10,7%), que alcançaram elevadas taxas de crescimento no período analisado.

A região de Santa Cruz abriga mais de 300.000 moradores, dos quais um pouco mais da metade são mulheres, seguindo a tendência em todas as outras áreas programáticas de saúde da cidade do Rio de Janeiro em 2004<sup>99</sup>. O coeficiente de óbitos totais (7,0%) ficou abaixo da média municipal, mas o coeficiente de mortalidade infantil (19,2%) foi o maior de todas as áreas, inclusive do município (15,5%). Em termos de nascidos vivos, a área tem o segundo maior coeficiente do município (17,7%), ficando atrás somente da área portuária (19,2%), mas ainda superior no município (14,5%). O coeficiente de fecundidade de mulheres entre 15-49 anos foi de 61,6%, mães adolescentes (21,9%) e sem pré-natal (4,3%), o mais alto do município.

Ainda segundo a Secretaria Municipal de Saúde, dentre os dados analisados, o item “causas mal definidas de mortalidade” aparece como problema, pois representam um desconhecimento das reais necessidades em saúde, atingindo principalmente a zona oeste da cidade. Além disso, o baixo número de doenças pode indicar a dificuldade de acesso e uso dos serviços pela população, que busca atendimento em outras áreas, somado ao nível de registro dos dados de atendimento médico-hospitalar.

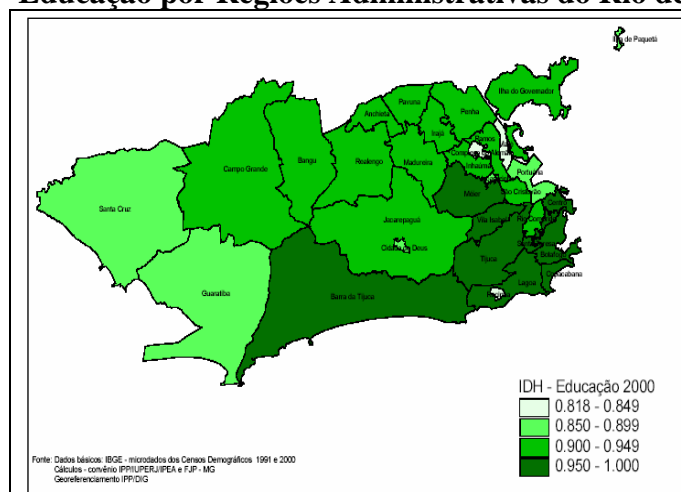
A área programática 5.3 (Santa Cruz, Paciência e Sepetiba) possui um total de 18 unidades de saúde. Em Santa Cruz são doze unidades, dos quais Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Centro Municipal, PSF e Postos de Saúde. Em Paciência são três postos de saúde, enquanto que Sepetiba são duas unidades de PSF e um posto de saúde.

Vale ressaltar que os moradores de Vila Paciência buscam atendimento preferencialmente no Centro Municipal de Saúde Lincoln de Freitas, localizado no centro de Santa Cruz e no Hospital Estadual Pedro II. As unidades em Sepetiba não são procuradas, pois o bairro é mais distante. Fora isso, uma grande dificuldade da área é a fixação de profissionais nas unidades, prejudicando muito os serviços de saúde.

Um avanço para o mapeamento das necessidades em saúde no município do Rio de Janeiro é a criação, no ano de 2005, do Núcleo Regional de Vigilância em Saúde<sup>102</sup>, cujo objetivo é desenvolver ações integradas com as unidades de saúde da área programática onde está localizado o núcleo.

Em Santa Cruz, a sua estruturação começou em 2006, com a integração paulatina de todos dos sistemas de informação. Os dados estão sendo cada vez mais desagregados em territórios menores, o que facilita a implantação estratégica de serviços e campanhas em saúde.

**Figura 3: IDH – Educação por Regiões Administrativas do Rio de Janeiro em 2000**



**Fonte: Instituto Pereira Passos (2003)**

Um fato relevante em relação ao mapa do IDH educação (figura 3) é que todas as regiões administrativas da cidade, em 2000, possuem um índice elevado, segundo critério do PNUD. Em termos de equipamentos de ensino governamental, a 10ª CRE – Coordenadoria Regional de Educação, que abrange Santa Cruz, Paciência e Guaratiba, possui 32 creches e 105 escolas municipais de ensino. Também se observa que as

regiões mais abastadas mantêm a posição de liderança, sendo que Santa Cruz permanece entre as últimas regiões administrativas na 25ª posição com índice de 0,891.

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB)\* é um indicador obtido a partir do desempenho de estudantes ao final das etapas de ensino (4ª e 8ª séries do ensino fundamental), nas provas de português e matemática, e do tempo médio de conclusão de cada série. O índice varia de 0 a 10, e quanto mais próximo de 10, maior a qualidade da educação básica.

Ao analisar o IDEB das principais capitais brasileiras, no ano de 2005, o município do Rio de Janeiro alcança o terceiro lugar (4,2), atrás de Belo Horizonte (4,6) e Curitiba (4,7), para a 4ª série do ensino fundamental da rede municipal. Para a 8ª série o valor (3,7) fica abaixo de São Paulo (4,1) e Curitiba (4,2). As cidades nordestinas concentram os piores resultados.

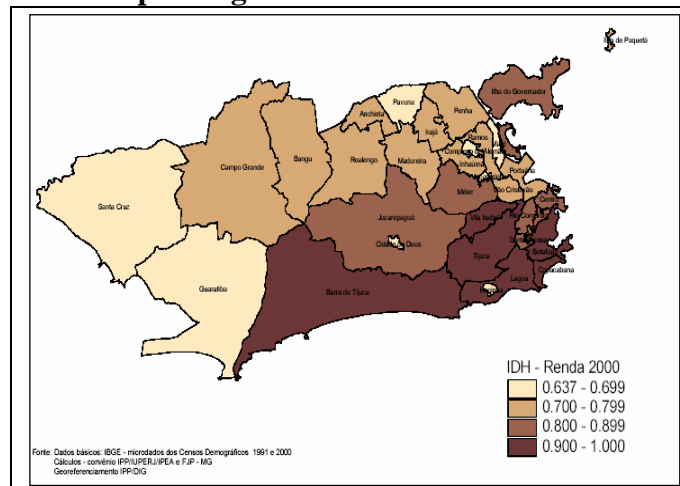
Os dados por regiões administrativas reforçam as desigualdades regionais. Quando desagregados por desempenho nas provas de matemática e de português, observa-se que as regiões administrativas de Copacabana, para a 4ª série, e do Centro, para a 8ª série, obtiveram os melhores resultados, enquanto que Santa Cruz, Cidade de Deus e Complexo da Maré ficaram com os piores resultados.

Vale ressaltar que o IDEB do Brasil foi de 3,8 (4ª série) e 3,5 (8ª série) e que deste modo, as RAs de melhor rendimento, atingiram valores acima da média brasileira, enquanto que as RAs com pior desempenho atingiram valores abaixo da média nacional.

---

\* Dados obtidos do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP). Ver site: [www.inep.gov.br](http://www.inep.gov.br)

**Figura 4: IDH – Renda por Regiões Administrativas do Rio de Janeiro em 2000**



Nesta dimensão, os primeiros lugares permaneceram inalterados na década de 90, sendo ocupados pelas seguintes regiões administrativas: Lagoa, Barra da Tijuca, Copacabana, Botafogo, Tijuca, Vila Isabel e Centro. Ao passo que Santa Cruz ficou entre as últimas cinco posições, a frente de Cidade de Deus, Maré, Jacarezinho e Complexo do Alemão.

Além disso, 17 das 32 regiões administrativas permaneceram constantes em relação à sua posição na classificação. Esta dimensão foi a que menos mudou ao longo dos anos, o que pode refletir as condições macroeconômicas do país e a desigualdade na distribuição de renda.

Em Vila Paciência, segundo o diagnóstico realizado pelo CEDAPS<sup>99</sup>, a renda média por domicílio é de R\$ 227,60 e a renda per capita é de R\$ 55,5 por mês, enquanto que no município do Rio de Janeiro, para as comunidades de baixa renda, é respectivamente de R\$329,5 a renda mensal e de R\$133,7 a renda per capita.\* Em relação à ocupação, 58,0% dos moradores maiores de 15 anos não trabalham, e entre os que trabalham, as ocupações mais frequentes são em empregos domésticos, serviços de limpeza e construção civil.

### 3.3 Contexto Histórico da Comunidade

A história da comunidade começou em 1967 a partir da construção, pelo Governo Estadual do Rio de Janeiro, do Centro de Habitação Provisório de Vila Paciência (CHP-7), localizado na Região Administrativa de Santa Cruz para abrigar

\* Ver o site da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro: [www.armazemdedados.rio.rj.gov.br](http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br).

famílias atingidas por uma grande enchente ocorrida nesse mesmo ano, e removidas principalmente de favelas.

Estudo realizado por Saliby mostra que a escolha de Vila Paciência, entre vários locais, levou em conta as “zonas *prioritárias de miséria*”<sup>103</sup>. A região era tipicamente rural com plantações de laranja e aipim e habitada por posseiros. A desapropriação do terreno abriu caminho para a construção do sétimo conjunto provisório, de um total de oito, no âmbito da política estadual de habitação.

Ainda segunda a autora, a primeira ocupação foi na parte baixa, em 1967, e a segunda na alta em 1971. Já em 1975, 40,7% de seus moradores já provinham de bairros dos subúrbios afetados pela chuva: Bonsucesso, Ramos, Mangueiros, Jacarezinho e Vigário Geral<sup>103</sup>. A maioria dos moradores migrou da região nordeste, seguida do centro-oeste do país. O ponto de partida para o remanejamento era no Pavilhão São Cristóvão, hoje transformada em Feira de São Cristóvão. Deste centro de triagem as pessoas eram transferidas para algum CHP quando tivesse vaga, principalmente pelos critérios de renda. Pesquisa realizada por Beltrão<sup>104</sup> observou que deste período a Política Habitacional funcionou como desarticuladora de grupos comunitários, na medida em que muitas comunidades foram compostas a partir do parcelamento de outras.

Quando a tônica da ocupação mudou de remanejamento para transferência, a política interna prevaleceu e favoreceu as constantes mudanças das famílias. Quem se envolvia em brigas era transferida para a área mais pobre do conjunto, numa perspectiva de ação estatal mais efetiva, controlada, segmentada e hierarquizada. Também havia muitos pedidos na Fundação para privilegiar parentes e amigos dos moradores imigrantes de outros estados, o que configurou uma ação estatal política.

Além disso, havia uma divisão territorial do trabalho. Enquanto que a parte baixa ficou sob a administração da Fundação Leão XIII, com poucos recursos, a parte alta foi administrada pela secretaria de ação social, com mais recursos e técnicos.

A Fundação Leão XIII<sup>105</sup> é um braço do Estado que trabalha com população de rua em áreas carentes como invasões ou conjuntos habitacionais estaduais. Sua criação data de 1947 como pessoa jurídica de direito privado. A Fundação seria mantida através de doações orçamentárias, subvenções da prefeitura, governo da União e particulares. Durante os primeiros anos, entre 1947 e 1962, sua administração foi marcada pela presença de representantes da ação social arquidiocesana, reflexo da articulação entre igreja católica e governo em ações voltadas para as camadas populares.



A primeira edificação da comunidade foi o galpão de madeira - onde hoje funciona uma escola municipal - para a triagem de famílias oriundas de outras regiões da cidade. Em termos de educação, a comunidade contava apenas com uma creche comunitária que funciona até hoje com recursos da igreja católica. Outra, municipal, foi construída, mas ainda não é suficiente para a quantidade de crianças do local.

No que diz respeito a saúde, existia no local um ambulatório da creche com dois médicos e um dentista na sede da Fundação Leão XIII, desempenhando serviços vinculados ao Estado. Segundo informações do ambulatório, as principais doenças eram verminose, doenças de pele e desidratação seguida de morte em crianças. Tuberculose e pneumonia eram as principais causas de internação<sup>103</sup>. Já em 2002, em pesquisa direta realizada com os moradores pelo CEDAPS<sup>99</sup>, as principais doenças apontadas foram Aids, alcoolismo, doenças de pele, pressão alta e doenças respiratórias.

Em termos de acesso aos serviços de saúde, em 1977 a maioria dos entrevistados se dirigia aos hospitais públicos (70,8%) da região administrativa de Santa Cruz, enquanto que uma pequena parte (14,6%) procurava atendimento na zona sul, região de origem de alguns moradores. A grande procura pelos hospitais públicos ocorria pelo fato da grande maioria não ter carteira assinada<sup>103</sup>, visto que era uma pré-condição para atendimento no serviço de saúde. Em 2007, mesmo com a mudança do sistema de saúde que permite o acesso universalizado e a implantação de unidades básicas, a maioria dos moradores ainda procura o Hospital Estadual Pedro II e o posto de saúde localizado no centro de Santa Cruz, imposição colocada pela divisão de facções do tráfico de drogas.

A saúde foi um tema importante para a focalização do trabalho nesta comunidade, como argumenta os atores governamentais da assistência social, educação e saúde:

*“ um grande grau de alcoolismo, grande grau mesmo; tuberculose; Aids, prostituição... A prostituição não é muito ali dentro, as meninas vão fora.”(coord. regional SMAS/RJ)*

*“Então, além de não ter nada aqui, tem algumas pessoas, não são todos, mas algumas pessoas não podem ser expostas no outro lado. Todas as comunidades têm, né? É Sete de Abril que atende Três Pontes, Cesarão, Antares, tudo tem posto de saúde; Vila Paciência não tem e precisa usá-las, isso prejudica, quem não tiver alguém da família envolvido... Então, saúde aqui nenhuma, nenhuma, nenhuma.”(direção creche municipal)*

*“Vila Paciência ainda continua sendo um local com altas taxas de incidência, de prevalência de tuberculose, hanseníase e ainda é um vazio sanitário também porque também com o problema das facções (...) eles tem unidade de saúde aqui que é no Cesarão, eles tem unidade aqui no Cesarinho, entretanto eles não podem, eles não tem livre arbítrio para tá utilizando.”(coordenação regional SMS/RJ)*

A própria violência é um fator que dificulta a entrada e manutenção de profissionais de saúde. Os que trabalharam pelo Estado saíram e não foram substituídos ao longo dos anos. Pelo Município também não se consegue trazer profissionais para trabalhar em regiões mais afastadas do centro. Não é incomum na fala dos profissionais que atuam na comunidade, o medo da insegurança, como por exemplo, tentar transpor ruas bloqueadas no interior de comunidades.

Mais conhecida como Favela do Aço, a comunidade há alguns anos vem sendo chamada pelos moradores de Vila Paciência, na tentativa de superar o estigma de que vem historicamente sendo alvo na região. As pessoas moraram no galpão na parte baixa da comunidade até as primeiras casas ficarem prontas. Era comum o consumo de bebidas alcoólicas para dormir ou mesmo passar o tempo, o que muitas vezes serviu de estopim para o início das confusões que havia neste local. Quando a situação fugia ao controle dos policiais encarregados, os envolvidos eram levados para a delegacia no centro de Santa Cruz onde passavam a noite. Logo, o nome que assusta aqueles que nunca entraram na comunidade é resultado das histórias sobre as constantes brigas de facas, conforme relato do entrevistado:

*“o delegado denominou o pessoal, era facada, era muita facada entende, era muita agressão de barra de ferro quando tinha obra para brigar, então daí que vinha o nome do pessoal do Aço e depois por vontade política criou a Favela do Aço.”(socióloga instituto estadual de assistência social)*

Também ocorreu um fato de violência marcante na década de 80, quando numa tentativa de invasão, vários mortos identificados como traficantes foram encontrados em manilhas na entrada principal da comunidade. Muitos moradores, mesmo não tendo presenciado, relembram este episódio, o que reforça no imaginário da vizinhança do entorno da comunidade como violenta. Até hoje são realizadas tentativas de invasão e confrontos nas fronteiras demarcadas pelo tráfico. No Grupo focal, os moradores colocaram as dificuldades pelo fato de morarem num local visto como violento:

*“O que eu tenho a dizer, olha só, Antigo Aço, antigo porque nós temos que tentar tirar essa questão do Aço, por que? Porque ela estava dificultando pra você numa Casa Bahia, num Ponto Frio, para arrumar trabalho (...) Fala Aço, as pessoas, totalmente, não aceita. Para quem já conhece mais ou menos, tem noção do que é a Comunidade, então tudo bem.”(grupo focal)*

Por ter sido um conjunto habitacional planejado (provisório) pelo governo do Estado nos anos 60, a comunidade é considerada loteamento por parte dos órgãos

públicos, dificultando o acesso a programas de estrutura física da prefeitura, pois a maior parte do terreno é de propriedade do Estado.

Outras comunidades surgiram após Vila Paciência, mediante a política estadual de habitação, como Antares (CHP-8) e Vila Kennedy. Mas seguiram um diferente padrão na medida em que o segmento populacional não era remanejado de enclaves e podiam pagar as taxas inerentes dos imóveis. Houve o interesse de que estes conjuntos habitacionais tivessem núcleos administrativos ou centros sociais com trabalhos integrados, numa lógica completamente diferente dos centros de habitação provisória, como o implantado em Vila Paciência.

Do ponto de vista de equipamentos urbanos e instituições, a comunidade possui instituições religiosas (13 evangélicas, 01 católica e 01 espírita); duas creches (uma comunitária e outra municipal); um posto de policiamento militar (DPO) e uma escola municipal. Além da *Pastoral da Criança*, uma instituição religiosa mantida pela Igreja Católica que atende, sobretudo, a crianças de 0 a 6 anos de idade para o acompanhamento nutricional. Fora isso, o espaço do estado que durante anos foi sede da Fundação Leão XIII e que após a reconstrução do prédio em 2005 tem previsão para ser inaugurado como centro social do Estado em 2008.

Passados 40 anos desde a sua formação, hoje a comunidade está plenamente estabelecida, com habitações e infra-estrutura degradadas, num território marcado pela pobreza e pelo fortalecimento do “poder paralelo”, conforme a fala do ator governamental da assistência social:

*“se uma casa que desocupa, ela está ali guardada para uma pessoa que sai do presídio, que a maioria das famílias lá tem um preso ou ex-presidiário, 90% é ex-presidiário lá. Tem até de outras áreas, né? Não tem onde morar, sai do presídio, vai pra lá.” (coord. regional SMAS/RJ)*

### **3.4 O Processo de Implementação Local**

#### *3.4.1 A construção de uma intervenção*

Ao analisar as ações desenvolvidas no âmbito da Iniciativa de Vila Paciência, foi importante, num primeiro momento, buscar a compreensão dos aspectos institucionais que conformaram o desenho da intervenção. Neste sentido, o trabalho prévio na região de Santa Cruz foi decisivo para o desdobramento das ações que foram implementadas no território menor.

O CEDAPS vinha tendo uma relação progressivamente maior e melhor com a secretaria municipal de saúde. Em 1995, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de

Janeiro implantou o Programa Saúde da Família na unidade de saúde localizada na ilha de Paquetá, na região central do município. Segundo Becker<sup>106</sup>, o programa foi gerido localmente pelo CEDAPS através de um convênio. Deste período até o ano de 2007, o CEDAPS vem trabalhando em projetos conveniados com a secretaria de saúde da cidade do Rio de Janeiro.

De então provém o contato e a parceria com a coordenação de saúde de Santa Cruz (CAP 5.3), conforme o relato da direção da ONG: *“a gente se ligou rapidamente, foi uma relação de amizade, de afinidade profissional também e ele gostou do CEDAPS e gostamos muito dele”*. A coordenação de área já tinha interesse em atrair projetos de Promoção da Saúde, e dizia: *“pôxa, ninguém trabalha com a zona oeste, está sempre abandonada, Santa Cruz ninguém quer saber, só aparece no jornal quando tem a chacina né?”* Na época já tinha ocorrido um fato de violência em Antares, com a morte de vinte pessoas. Logo, os argumentos da coordenação de saúde, aliados a rede de contatos à disposição, foram fatores importantes para se pensar numa intervenção.

As primeiras articulações institucionais começaram no final dos anos 90, a partir da convergência de interesses, de um lado o ator governamental e do outro o ator não governamental.

O ator governamental foi a Coordenação da Área Programática 5.3 que abrange os bairros de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que decidiu realizar uma ação social na região referenciada pelo Movimento Municípios/Cidades Saudáveis disseminado pela Organização Pan-americana de Saúde.

*“ele estava na coordenação de área por muito tempo, se não me engano há 10 anos e já havia experimentado várias coisas, várias tentativas, várias estratégias e tal e queria fazer alguma coisa diferente que mobilizasse os atores locais, que trabalhasse mais numa perspectiva de Promoção da Saúde.”*(coord. geral ONG)

Já o ator não-governamental foi uma organização da sociedade civil, o Centro de Promoção da Saúde – CEDAPS<sup>107</sup>, que atua no Rio de Janeiro desde sua fundação em 1993. Suas atividades incluem a aplicação do processo metodológico, construção compartilhada de soluções em saúde, para intervenções locais, pesquisas participativas, cooperação técnica com instituições intersetoriais e mobilização comunitária para o aperfeiçoamento de políticas públicas.

A conjunção de circunstâncias internas e externas criou o ambiente propício para o Centro de Promoção da Saúde incrementar suas atividades. Internamente, integrantes da direção entraram em contato com o Movimento Cidades Saudáveis, Agenda 21 e Habitat, a partir de leituras e participação em eventos da área. Além disso, a

possibilidade de uma maior visibilidade, e conseqüentemente fortalecimento de uma instituição cujo trabalho sempre esteve vinculado a Estratégia Saúde da Família.

*“Isso foi um embrião inclusive para o próprio, pra de alguma maneira consolidar o nome do CEDAPS (...), então tanto do ponto de vista da equipe quanto de um marco político mesmo, inclusive de colocar o CEDAPS numa arena credenciada de Promoção da Saúde.”(coord. geral ONG)*

O perfil profissional da direção do CEDAPS contribuiu para o desenho de uma iniciativa em Promoção da Saúde. A junção, de um lado, de percepção da história daquela comunidade, dos elementos de maior valorização para envolvê-la em processos coletivos voltados para a saúde coletiva; e de outro, o campo da Promoção da Saúde como uma tendência da medicina. O trabalho interdisciplinar foi a tônica desde o princípio, mesmo com as divergências teóricas dos campos da saúde e social.

*“então assim da junção dessas especialidades, dessa interdisciplinaridade, digamos assim, é que eu acho que na prática a gente foi conseguindo construir essa idéia, essa proposta.”(coord. geral ONG)*

Ao nível externo, a demanda foi do principal financiador da instituição na época, a *Dreyfus Health Foundation*, pela aplicação da metodologia criada e disseminada em mais de 40 países do mundo. A idéia era trabalhar ao nível territorial, no formato de iniciativa, ou PSBHi. Até aquele momento, o CEDAPS ainda chamava a metodologia de *Problem Solving for Better Health* (PSBH). Indivíduos ou pessoas ligadas a instituições eram convidadas a participar de um seminário com três dias de duração, num local fora da cidade do Rio de Janeiro, com objetivo de potencializar idéias para o aprimoramento do cotidiano dos participantes. Com a Iniciativa, o objetivo era costurar redes entre pessoas ligadas em um determinado território e começar a trabalhar na perspectiva do desenvolvimento local.

*“a gente já vinha contribuindo para as mudanças com a aplicação da metodologia aqui no Brasil, com as nossas invenções, com as nossas dinâmicas, com a leitura de outras metodologias, de outras tecnologias sociais, ao mesmo tempo eu tava terminando o meu mestrado e lendo muito sobre Promoção da Saúde, lendo muito sobre planejamento estratégico, especialmente planejamento em territórios, planejamento em comunidades, planejamento macro.”(presidente ONG)*

*“acho que tem alguns paradigmas que vão se confirmando a partir de redes invisíveis né, o pessoal da Fundação não estava especialmente lendo nada disso, mas por uma série de circunstâncias eles também tinham acabado de implantar o PSBH numa perspectiva territorial, (...)e a gente aqui resolveu fazer uma Iniciativa também PSBH que depois ficou é conhecida como PSBHI, Problem Solving Better Health Initiative.”(presidente ONG)*

O trabalho realizado na cidade de Cape Coast, na África do Sul, no início de 2002, se constituiu num seminário PSBHi para a construção de uma iniciativa local. O CEDAPS participou desse trabalho e incorporou elementos dos campos teóricos, do planejamento estratégico, do desenvolvimento local, de programas territoriais e cidades saudáveis, para conformar uma iniciativa local em Promoção da Saúde no Brasil.

A Fundação Dreyfus tinha interesse em desenvolver uma ação territorial no Brasil baseada na experiência realizada em Cape Coast, pois a instituição acreditava que concentrar planos locais de ação num determinado território potencializaria os resultados. Os seminários para a aplicação do processo metodológico até então eram voltados para segmentos profissionais, tais como enfermeiras, médicos e outros estudantes da área de saúde, mas cada um de um lugar. Entretanto, esses trabalhos anteriores não tinham a perspectiva de Promoção da Saúde.

A cooperação técnica se inicia com o CEDAPS acenando com a possibilidade de implantar uma iniciativa local com o apoio financeiro da Fundação Dreyfus, enquanto a coordenação de saúde articulava parcerias para o apoio institucional. Nessa medida, informa sobre uma instância municipal que reúne diversas secretarias, denominada Macrofunção, existente ao nível central e regionais, de acordo com as subprefeituras do Rio de Janeiro.

*“a Macrofunção tinha então topado fazer esse trabalho, uma experiência de integração, de articulação, então junto com isso a gente pensou em construir a Iniciativa de Santa Cruz, bairro grande, difícil, primeira vez que a gente fazia uma proposta daquela, de diagnóstico comunitário, que envolvesse vários setores, foram inúmeras as reuniões que a gente fez lá, várias, íamos de van para Santa Cruz, e organizando e assim, sempre buscando novos parceiros, mas ao mesmo tempo já desenhava um grupo que era um grupo mais presente nas ações que a gente fazia, as coisas foram se construindo.”(coord. geral ONG)*

Desenvolveram-se, então, contatos com organismos públicos atuantes na área e ainda indicações de representações de empresas e sociedade civil para dar início ao processo de discussão sobre uma possível “Iniciativa de Santa Cruz”. A coordenação de saúde da área teve um papel decisivo nesta fase tanto na mobilização dos atores locais quanto na construção de um ambiente político favorável a entrada de uma organização não governamental externa ao contexto local.

*“[Coordenação de saúde] era, chamou o coordenador da área de educação, da assistência social da prefeitura, várias lideranças formais e informais, as pequenas organizações locais, o grupo que era do museu, tinha um museu lá em Santa Cruz, tinha o pessoal mesmo das áreas de saúde.”(presidente ONG)*

*“então era muito difícil você articular um programa mais participativo porque era um jogo de ciúmes, inveja, xingamentos e carícias, por trás e pela frente, muitas intrigas, isso foi uma coisa bem difícil de lidar e lidamos da melhor maneira possível, então [coordenação de saúde] e nós compusemos um grupo gestor que seria um grupo de lideranças né, para tocar esse programa, esse grupo gestor foi longamente capacitado, foram meses de capacitação em planejamento, em diagnóstico local.”(presidente ONG)*

O lançamento solene da Iniciativa de Santa Cruz foi realizado com a presença de representantes da região, o que veio a se configurar o primeiro grupo gestor para pensar as questões locais.

*“a gente tentou, a gente apresentou na sala do secretário de saúde, porque cidades saudáveis, com [coordenação de saúde] fizemos uma apresentação formal nossa e tal, porque cidades saudáveis é uma declaração do prefeito, é uma declaração da instituição, (...) a gente sempre fez esforços no sentido de que o município assumisse aquela idéia de cidade saudável.”(coord. geral ONG)*

O CEDAPS tinha como objetivo iniciar seu trabalho a partir de um seminário para a elaboração de ações, mas por conta principalmente do contato com outras experiências em desenvolvimento local, promoveram a construção de um diagnóstico visando uma maior mobilização deste grupo. O levantamento da área de Santa Cruz foi realizado de forma não muito aprofundada e muito baseado em dados secundários, sendo posteriormente complementado com as idéias e as percepções das pessoas envolvidas no processo. Esse trabalho desaguou no seminário PSBH onde:

*“teve várias discussões sobre desenvolvimento naquele território e o seminário foi animado, foi um dos seminários mais entusiasmados que eu participei, as pessoas vestiram a camisa de Santa Cruz, queriam mudar a região toda, tinha muita paixão ali.”(presidente ONG)*

*“o processo de diagnóstico era levantar os problemas, a gente fez um pouco diferente do que a gente fez em Vila Paciência, a gente fez a identificação dos problemas, mas a consulta as fontes interlocutoras também que a gente queria de alguma maneira comprovar que ela tem inserção local, então o trabalho de grupo levantava as percepções de “ah as pessoas não trabalham em Santa Cruz, elas só dormem em Santa Cruz”, aí a gente buscava junto com isso quais seriam as fontes pra gente saber se o dado era verdadeiro ou não.”(coord. geral ONG)*

Entre 2000 e 2001 foi desenvolvida a Iniciativa de Santa Cruz, que buscou mobilizar o território para o desenvolvimento local com foco na Promoção da Saúde. O eixo metodológico de trabalho foi a Construção Compartilhada de Soluções em Saúde\*,

---

\* Processo metodológico em que um grupo de pessoas aprende a priorizar problemas e recursos de suas comunidades ou organizações, descobrindo alternativas e elaborando planos locais de intervenção que solucionem ou minorem esses problemas, favorecendo ainda a criação de redes de solidariedade entre profissionais e comunidades. Fonte: [www.cedaps.org.br](http://www.cedaps.org.br).

que incluiu a capacitação de um grupo de lideranças representativas da região. O principal resultado desta iniciativa foi a criação do Grupo Gestor da Iniciativa de Santa Cruz<sup>108</sup>, composto por pessoas vinculadas as coordenações regionais de área do município (saúde, desenvolvimento social, hoje assistência social e educação). Além destas, representantes das unidades de saúde locais, do conselho distrital de saúde e, de lideranças regionais (associações, ONGs, instituições e moradores). O objetivo deste grupo foi transformar a agenda sistêmica construída em 2000 numa agenda de desenvolvimento local.

Neste período, Vila Paciência já era referida como o pior lugar da região, e no meio do processo de avaliação, se percebia que as ações estavam dispersas demais, mesmo sendo um bairro, ainda assim havia muita dispersão:

*“você olhava os projetos, era um projeto em cada lugar e tal e muito dispersos, então tinha a, a, uma das estratégias para garantir a nossa sustentação, estabilidade e continuidade ali era focalizar numa comunidade específica e aí Vila Paciência parecia como uma comunidade viável e invisível porque era uma comunidade que demandava muito, qualquer resultado ali seria um resultado muito importante no contexto.”(coord. geral ONG)*

O seminário foi realizado com o grupo de representantes de Santa Cruz, posteriormente houve um acompanhamento dos planos locais de ação e o processo continua com o Grupo Gestor de uma certa forma, tentando desenvolver o acompanhamento da Iniciativa, participando do acompanhamento desses planos:

*“mas a coisa foi perdendo o momento e dois anos depois os projetos estavam mais ou menos, dos que estavam mais ou menos finalizados, estava na hora da gente fazer um segundo round, a gente rever o processo e a gente percebeu obviamente que trabalhar com um território daquele tamanho com uma pequena organização é totalmente inviável, o grande erro eu diria em Santa Cruz, a pretensão de abraçar um território daquele tamanho, os projetos ficaram totalmente desfocados, não houve um trabalho de comunicação interna que pudesse dar um sentido, um sentido de programa.”(presidente ONG).*

*“agora a continuidade dos resultados dessa experiência é que eu acho que do ponto de vista da nossa organização, organização da sociedade civil e tal, tal, tal, talvez não tinha tido impacto no território necessário para garantir continuidade porque os fatores externos, tipo mudança nos cargos públicos, então você tinha uma parceria com [coordenação de ação social], [coordenação de saúde] (...), vira a eleição, muda o cargo, muda todo mundo.”(coord. geral ONG)*

*“a gente tinha uma avaliação de que estava muito certa, era necessário focalizar numa comunidade, a comunidade que se apresentava era Vila Paciência e que o CEDAPS concordou em ta desenvolvendo um trabalho ali, então o mesmo processo seria replicado lá, a ótica era uma ação mais focalizada que poderia ter mais resultados.”(coord. geral ONG)*



Havia uma decisão do Grupo Gestor em priorizar a comunidade com diferentes ações públicas, o que demandou uma reunião na secretaria municipal de habitação que havia realizado um diagnóstico territorial feito em Vila Paciência. Além dos atores governamentais e representantes do Grupo Gestor, dois moradores que estavam a frente da associação naquele período estiveram presentes. A reunião resultou na decisão de intervenção na comunidade para melhoria de suas condições de vida. Nesta reunião foi discutida e pactuada pelo grupo a necessidade de intervenção local para a melhoria de suas condições de vida, já que meses depois aconteceria a eleição municipal.

*“Essa reunião foi importante, um marco decisório pra nós, para a implantação em Vila Paciência porque foi quando a gente teve acesso ao diagnóstico que foi feito pela empresa de consultoria, a pessoa fez uma explicação, foi a primeira vez que a gente ouviu falar de vagão, a primeira vez que a gente ouviu falar de [ex-direção da escola], enfim foi tudo isso.”(coord. geral ONG)*

Com a proximidades das eleições nos meses seguintes, o grupo queria garantir na Macrofunção a intervenção com recursos financeiros e investimento público que pudesse não sofrer alterações com as eleições. Mas com a mudança na prefeitura, todos os cargos de chefia (secretário, subprefeito, coordenadoria, gestor local) são afetados pelo jogo político. As decisões políticas não foram levadas adiante, o que resultou num retrocesso em relação às intenções frente a comunidade. Neste ínterim, houve uma série de acontecimentos na região que resultaram na saída do coordenador de saúde na área, parceiro prioritário da Iniciativa na região.

Com o passar do tempo, o CEDAPS não conseguiu novas possibilidades de articulação nessa esfera. A atual coordenação de saúde sinaliza a possibilidade de retomada das discussões acerca desta iniciativa em Promoção da Saúde no âmbito da Macrofunção. No entanto, a mesma desconhece o nível de articulação institucional entre o CEDAPS e a Macrofunção regional, que no momento é inexistente:

*“Mas eu acho até que a gente deveria tá retomando isso na Macrofunção, mudou o subprefeito, eu acho até que é uma idéia para o CEDAPS também, tenho certeza, eu não sei também como estão as articulações hoje do CEDAPS e a Macrofunção. Eu não sei se a prefeitura, se a subprefeitura sabe dessa Iniciativa.”(coordenação regional SMS/RJ)*

A sustentabilidade política da Iniciativa ficou comprometida por conta das relações de poder locais que afetaram sobremaneira o possível crescimento desta experiência.

*“Naquela época houve um grande problema que foi a briga homérica entre [coordenação de saúde] e [chefe de unidade da saúde] (...), eram extremamente amigos, entraram na Iniciativa, racharam, mas racharam muito feio e isso desestabilizou (...) foi problemas pessoais, a coisa foi pesada, todos os dois pediram o nosso apoio, não apoiamos nem um e nem outro, então assim porque a coisa foi pesada, teve mobilização na rua.”(coord. geral ONG)*

Com as eleições de 2000, havia a possibilidade da mudança de cargo. Além disso, o desgaste político fragilizou as relações estabelecidas para a implantação da Iniciativa. Neste momento, tanto a coordenação de saúde quanto a chefia de unidade são alocadas para trabalhar em outras funções, só que fora da região de Santa Cruz. A coordenação de ação social também sai do processo, por uma indicação da Macrofunção e como a coordenação de educação não participou efetivamente, a escola local ficou como principal articulador e parceiro para a entrada em Vila Paciência. Como a coordenação de saúde foi a principal figura para o contexto político local, o CEDAPS buscou uma aproximação de novo com este ator, mas sem sucesso. Também tentou o fortalecimento de parceiros locais para a continuidade da Iniciativa, mas com a mudança, novos atores, que não tinham uma vinculação anterior com o processo, esta relação se fragilizou.

*“Quem ficou no lugar [coordenação de saúde], a gente tentou várias vezes apresentar, mas assim não pegou o processo (estala os dedos), não pegou mesmo e aí, se a gente tivesse tido uma condição, aí talvez a gente pudesse ter tido um pouco mais de força política para a própria Iniciativa de Vila Paciência, que quem pegou não pegou, não tinha essa relação.”(coord. geral ONG)*

Mesmo com o enfraquecimento político, o CEDAPS discutiu internamente as condições para a sustentabilidade da Iniciativa, apoiada no tripé sociedade civil, governo e nas empresas para garantir o desenvolvimento local, tendo a comunidade como parceira. O que se observa é que :

*“no processo a sociedade civil fica de pé, o governo cai porque são super frágeis e as empresas vem com muita timidez (...) e do ponto de vista do CEDAPS o quê que aconteceu? Como a gente não estava e aí não conseguiu mesmo mobilizar recursos de maior monta pra poder sustentar o processo como um todo, ela acabou não tendo essa continuidade, digamos assim, acabou focalizando em Vila Paciência que é um outro capítulo, mas não tendo a continuidade.”(coord. geral ONG)*

*“Porque o CEDAPS foi pra Santa Cruz a convite do poder público (...) a entrada em Vila Paciência ela é uma decorrência de Santa Cruz. Então para Vila Paciência já não foi um convite, foi uma indicação, foi uma orientação a partir de uma mobilização do bairro, então eu vejo assim, foram formas bastante diferentes de entrada no trabalho né.”(coord. técnica ONG)*

*“tudo na verdade teve que ser feito e tal, e a gente fez várias vezes esse movimento, a ida até a subprefeitura tem o problema clássico que não dá para a gente deixar de tocar, a subprefeitura não veio eu tenho clareza, (...) e disse que o maior desafio dela na subprefeitura era tirar a [ex-direção da escola] do lugar.”(coord. geral ONG)*

Em 2001 o Grupo Gestor da Iniciativa de Santa Cruz (GG-ISC) se formalizou como organização não governamental e, juntamente com o CEDAPS, decidiram focalizar suas ações e seus esforços, antes difusos por toda a região, numa comunidade considerada a mais excluída socialmente, para alcançar resultados mais mensuráveis e sustentáveis. A partir deste momento é que começou a Iniciativa de Vila Paciência.

#### *3.4.2 A agenda de desenvolvimento local*

Na Iniciativa de Vila Paciência foi pactuada uma agenda de desenvolvimento para a comunidade, no seminário realizado em 2002, com as seguintes prioridades: maior união dos moradores; cada morador “parando para pensar” e ajudando o seu próximo; grupos de vizinhos para atuar sobre os problemas; ações do governo; áreas de lazer para crianças, jovens e idosos; posto de saúde; saneamento básico geral; melhorias das condições das casas; título de propriedade das casas; transportes coletivos (ônibus); reimplantação da associação de moradores e outros órgãos representativos; geração de ocupação e renda em Vila Paciência.

A maioria dos entrevistados apontou o seminário como o momento mais importante para a discussão da agenda de desenvolvimento local, e da grande expectativa gerada entre os participantes para as possibilidades de melhorias na comunidade. Logo após o seminário, encontros mensais foram realizados, principalmente na escola, servindo como base para a operacionalização da agenda.

Os autores dos 57 planos locais de ação construídos no seminário ao colocarem em prática as atividades planejadas estariam atuando sobre as prioridades elegidas na agenda de desenvolvimento. Para vários entrevistados, este seminário foi um marco para a sustentabilidade das ações planejadas.

Ao longo do tempo não houve uma repactuação desta agenda, apenas encontros comunitários, que fazem parte do acompanhamento do CEDAPS, para discutir as ações ligadas aos planos de ação elaborados no seminário.

*“De fórum eu não estou me lembrando, mas foram feitas várias ações, seminários, encontros(...) Todo mundo tinha um compromisso, não é? Cada um tinha que fazer umas tarefas, para cada um, na verdade, tinha uma intenção de cada um buscar desenvolvimento, então cada um tinha esse compromisso.”(direção ONG local)*

*“Eu me lembro de uma agenda como resultado do seminário, uma agenda como resultado do seminário que passava pelo desenvolvimento dos planos, passava por reuniões de acompanhamento, passava por uma série de outras coisas.”(coord. geral ONG)*

*“Não eu acho que teve sim, mas como eu não tava mais ligada aqui, minha agenda de compromissos não era uma coisa formal, era uma questão minha mesmo.”(coordenação regional SMS/RJ)*

*“Não, só mesmo esse seminário, que eu considero um compromisso, o seminário foi o primeiro passo para um agendamento (...) Eu acho que sim porque eu considero um compromisso a partir do momento em que você foi, participou e elaborou um projeto, esse projeto tinha que ser desenvolvido e ser acompanhando, como toda a comunidade que estava presente fez.”(coordenação centro de estudos de unidade de saúde)*

Na medida em que os compromissos assumidos no seminário não lograram, até mesmo com a saída de alguns participantes, alegando desânimo e desmotivação pelas dificuldades de implementar o plano local de ação, a sustentabilidade da agenda ficou comprometida.

A idéia era que um grupo gestor da comunidade acompanhasse a execução dos projetos na perspectiva de uma agenda de desenvolvimento, o que não se confirmou. O CEDAPS buscou fomentar esse processo com a devolução dos dados do diagnóstico a partir de cartilhas, no entanto a comunidade não se mobilizou como um todo para ações coletivas e o nível de participação foi baixando paulatinamente e se restringindo aos moradores que vem participando diretamente dos projetos específicos implementados pela instituição.

A escola foi a principal porta de entrada para a implementação das ações da Iniciativa, mas pelo perfil da ex-direção, o CEDAPS buscou outros locais para a manutenção do trabalho. Gradativamente a Pastoral da Criança assumiu o posto de principal parceiro da Iniciativa, principalmente cedendo o espaço para reuniões, capacitações e eventos.

Um fator importante para a execução dos projetos foi a não confirmação de acordos verbais firmados durante o seminário, como a liberação de espaços e materiais de apoio para a realização das atividades. Além disso, o método utilizado no seminário não prevê recursos financeiros para subsidiar a implementação das ações. Neste sentido, alguns planos foram construídos sem levar em conta as possibilidades de execução no

nível local, caracterizado por condições sociais adversas. Na medida em que as expectativas geradas no seminário não eram atingidas, o processo de desmobilização e descrença foi inevitável.

*“na medida em que esperavam que a gente pudesse arrumar os documentos, os folhetos sobre gravidez na adolescência, então se você não vai para o posto e procura, a pessoa deixa de fazer porque ela fica esperando que você fizesse né, e aí é um movimento normal, historicamente construído né, essa coisa de que a responsabilidade é do outro né, então dar o primeiro passo é mais utópico do que verdadeiro né?”(coord. técnica ONG)*

Durante a implementação das ações, após o seminário, a ação social da prefeitura continuou desenvolvendo seus projetos de assistência, independente da Iniciativa. O CEDAPS buscou essa parceria, com convites para reuniões e eventos, mas sem retorno. Por outro lado, a ação social coloca que não vem recebendo informações da iniciativa, não percebendo avanços, o que foi reafirmado pela coordenação de saúde.

A conformação de uma agenda de desenvolvimento foi um processo descontínuo. O CEDAPS através, principalmente dos projetos específicos, buscou congregiar novos atores e com isso mobilizar os antigos para alavancar a idéia de uma agenda sistêmica, o que teve altos e baixos.

*“algumas iniciativas foram feitas tipo desenvolver alguns fóruns com atores locais para o acompanhamento dos projetos, os planos, várias iniciativas foram feitas nesse sentido, mas como a gente perdeu a base mais é, política digamos assim, de acompanhamento e o Grupo Gestor passou por um processo de declínio grande(...) eu acho que a gente ficou sem parceria pra tá repactuando de uma forma mais formal, não sei se a palavra é formal, de uma forma mais visível assim, acho que isso precisa ser levado em conta também.”(coord. geral ONG)*

Com a entrada do ator governamental SOLTEC/UFRJ na Iniciativa em 2006, através de um projeto de empreendedorismo e economia solidária, novas perspectivas foram vislumbradas para a conformação de uma nova agenda. Além do apoio técnico para a capacitação do grupo que veio a atuar na cozinha comunitária, uma segunda frente de ação para o SOLTEC/UFRJ, juntamente com o CEDAPS é a organização comunitária. Desta forma, as reuniões recomeçaram em janeiro de 2006 com o propósito de acompanhar o andamento da obra e discutir os critérios para a seleção de jovens e mulheres que iriam participar do projeto. Estas reuniões foram ao longo do ano esvaziando de novo, pois não se conseguia avançar para questões mais abstratas, como a consolidação de um grupo comunitário. Com a entrada de um novo integrante no SOLTEC/UFRJ, a partir de 2007 as reuniões tomam um novo rumo, com a definição clara de trabalhar a reforma das casas em Vila Paciência. Este novo integrante traz

consigo experiências e parcerias com o nível estadual e a perspectiva de repactuar a agenda em torno de um tema concreto, o que novamente mobilizou os moradores.

Ao longo de 2007, reuniões mensais foram realizadas, contando com a presença de mais de 200 moradores, para a construção de um projeto de intervenção urbanístico e regularização fundiária.

Na avaliação do morador, a questão da habitação parece ser um tema mais palpável para a articulação local na comunidade do que os temas discutidos em 2002:

*“é diferente porque começando só dentro da comunidade e não tem nada fora, tá tudo sendo resolvido ali mesmo na Pastoral e a comunidade tá indo pelo interesse mesmo de coisa que é deles, é um, é um objetivo deles a presença deles dentro (risos) a presença deles na, ali na reunião.”(coord. grupo comunitário)*

### 3.4.3 A adesão dos atores participantes

As dificuldades de repactuação da agenda de desenvolvimento passam pelo nível de adesão e articulação dos participantes, numa perspectiva intersetorial. Cada um desses atores vem exercendo ou exerceram papel na duração deste experiência. Como nem todos elegem as mesmas prioridades e nem propõem a mesma ação é importante analisar a adesão dos diferentes atores na perspectiva da Iniciativa.

O ator comunitário é o que vem participando mais efetivamente da Iniciativa, principalmente aqueles vinculados aos projetos. Mesmo os que não estão diretamente envolvidos acompanham as ações e se fazem presentes em reuniões coletivas para discutir assuntos mais concretos, como o projeto de habitação a ser implantado pelo SOLTEC/UFRJ.

*“É pela necessidade né, da comunidade, porque tanta coisa faltando, alguém tinha que se envolver em alguma coisa pra implantar dentro da comunidade. (...) E é aonde a Iniciativa trouxe um monte de coisas que veio acontecendo até hoje na comunidade.”(coord. grupo comunitário)*

A mobilização e capacitação comunitária são eixos norteadores da Iniciativa, onde vem sendo discutidos os temas ligados ao desenvolvimento da comunidade, visando sensibilizar os participantes para pensar projetos de ação coletiva. Porém não prevê recursos para a participação dos moradores, e sim para os eventos realizados. Apenas os projetos específicos é que custearam a alguns moradores para o desenvolvimento de ações locais, de cunho técnico (oficinas, principalmente com jovens).

No entanto muitos se afastaram das atividades e outros não tiveram participação constante ao longo dos anos. Neste sentido, a busca pela renda para a subsistência é um tema recorrente neste tipo de trabalho e foi um fator preponderante para a participação dos atores comunitários. Quando estavam trabalhando não participavam, apenas quando se desempregavam. Como houve participação maior das mulheres, isto pode indicar que questões mais concretas, como a procura pelo emprego, tenham influenciado na participação direta.

No grupo focal realizado com moradores, a questão do pagamento de bolsa-auxílio em projetos sociais foi colocado em debate. Ao se discutir porque as pessoas só participam quando recebem algum benefício, por exemplo, bolsa-alimentação, a necessidade foi colocada como justificativa para a presença condicionada.

*“O governo investe nesses projetos que dá R\$ 75,00 para jovem, Amigos da Comunidade; eles investem mesmo para não investir no aumento do salário e não investir no emprego. Eu acho que a culpa de tudo isso é do governo. E, quando alguém entra em algum curso que tem dinheiro, muitas das vezes é por necessidade. Eu fiz um curso na prefeitura de Santa Cruz perto da Faculdade e os colegas lá de cima, os colegas da PS, todo mundo ia pra ficar com o dinheiro da Faculdade. Todo dia a gente ganhava dois vales (...). A gente ia e pegava o vale e ia pro baile no final de semana, a gente não tinha dinheiro pra ir pro baile, a gente pegava o vale, entende?”(grupo focal)*

O ator governamental teve pouca participação na Iniciativa, limitada aos apoios pontuais de servidores que conhecem ou trabalham diretamente na comunidade. Não se conseguiu sensibilizar os gestores de programas governamentais para a convergência de políticas públicas voltadas para esta localidade.

*“houveram representantes do poder público, agora representantes também que não têm, é, não tinham na ocasião o poder de fogo, então assim, não foi o secretário de meio ambiente ou habitação que se comprometeu, foi funcionários do médio escalão, responsável por uma área e que com todas as fragilidades de qualquer servidor público que está em cargos ou comissionados ou de confiança, então assim apostar nesse tipo de pessoa, não é na idoneidade, no desejo da pessoa, mas do grau de compromisso que ela pode ter né, é muito complicado, não dá para ter essa segurança toda, e eu acho que se apostou pesado nisso.”(coord. técnica ONG)*

Para o CEDAPS a expectativa foi frustrada pela baixa adesão do ator governamental e pela impossibilidade de formar uma força-tarefa para melhorar as condições de vida locais. Fora isso, os poucos profissionais que participaram da agenda sistêmica atuaram mais como voluntários do que como representantes do Estado, porque não houve uma parceria formal entre instituições. Isso gerou uma ambigüidade

nas ações, pois ao mesmo tempo em que os moradores não reconheceram estes profissionais como parte da ação estatal, os mesmos levaram recursos governamentais para o desenvolvimento dos planos locais.

*“Aí eu fico pensando que se eu estivesse lá oficialmente, representando a Secretaria Municipal da Saúde, teria muito mais conquistas, não é? (...) eu não tinha autonomia para isso como eu não tenho até hoje, essa proposta ela teria que surgir dos dirigentes, o trabalho que a gente estava desenvolvendo.”(coord. centro de estudos de unidade de saúde)*

*“é tão difícil o projeto, você vai a reuniões, você vai ao palácio[Governo do Estado], você vai a isso e isso vai passando, passando e a prática não chega ao campo que nós trabalhamos né?(...) eu acho que a ONG não tem o cerceamento enquanto nós instituição temos.”(socióloga instituto estadual de assistência social)*

A ação social estadual foi representada por uma técnica de campo que, mesmo aposentada, continua exercendo suas funções até o momento da entrevista. A partir do convite para o seminário, que o CEDAPS entregou na escola, este ator entrou em contato com a Iniciativa e se interessou em participar das ações.

*“aí eu fui e gostei muito entende eu pude ver o outro lado que sempre que eu olhava para uma ONG ali dentro de Vila Paciência, eu via assim pessoas que iam ali e semeavam alguma coisa ali, mas com propósitos de se estruturar profissionalmente, pessoas que precisavam ganhar que não tinha mercado na área pública, na área coisa, mas eu não conseguia me engajar com alguns trabalhos, com algumas ONGs que passavam por ali, o CEDAPS eu vi um outro perfil, eu vim um outro, mesmo esse tempo que eu estava afastada, sempre eu recebia notícias, eu recebia agendas sabe, a ponto de ver essa culminância agora.” (socióloga instituto estadual de assistência social)*

A Fundação Leão XIII atuou principalmente com a cessão do espaço que estava em precárias condições de uso (rachaduras, infiltrações, sujeira, etc.). Mesmo com o apoio dos servidores que trabalhavam no local, isto não se configurou numa parceria mais institucional. Gradativamente as ações sociais realizadas neste espaço foram finalizando até 2007. A sede foi demolida para a construção de uma nova edificação, com prazo de inauguração em 2008.

A direção da creche comunitária sempre apoiou as atividades da Iniciativa, principalmente com a cessão do espaço. Com a desmobilização das ações, este ator se afastou e, apesar das visitas posteriores realizadas pelos técnicos do CEDAPS, não se conseguiu reatar a parceria desta instituição.

Até 2004 não houve articulação com a creche municipal. Com a mudança da direção, as conversas avançaram e, a partir de 2005, a creche passou a integrar as ações da Iniciativa, com a cessão de espaço para a realização de palestras com os pais e, no



ano seguinte, com a entrada de jovens desenvolvendo atividades recreativas com as crianças.

*“Nós abrimos a creche, eles compraram o material, todo o material que nós elaboramos e as mães vieram. O trabalho foi muito legal também, um trabalho também que pode ter a parceria deles e dos pais também, porque pra gente o que importa é estar trazendo os pais para dentro da creche, né?”(direção creche municipal)*

Outro ator que desenvolveu ações diretas dentro da comunidade foi uma servidora vinculada a saúde, com a marcação de consultas para mulheres e crianças e ações educativas dentro da comunidade. Mesmo trabalhando no posto de saúde em outro bairro, pelo fato de ser moradora de Santa Cruz, também colocou o desejo em desenvolver trabalhos em comunidades pobres. O afastamento deste ator governamental foi em função de um acidente de trânsito em 2004. Com o encerramento do acompanhamento dos planos locais de ação e focalização em projetos de empreendedorismo, a articulação com esta parceira não foi mantida.

Os profissionais de educação que participaram do seminário estavam vinculados a escola local e, que por conta do perfil da ex-direção, estes ficaram sem condições de implementar as suas ações. Alguns entrevistados definiram a ex-diretora como autoritária e agressiva em algumas atitudes, e que apesar de ter realizado várias atividades assistenciais, não favoreceu um ambiente propício para que profissionais de diferentes áreas pudessem desenvolver ações mais concretas:

*“A ex-diretora que apesar de ter uma marca muito estranha né, nas ações dela como educadora, mas ela tinha assim um orgulho, ‘a minha favela’, tínhamos brigas profissionais assim homéricas.”(socióloga instituto estadual de assistência social)*

*“a gente tinha uma relação profundamente ambígua com a escola porque a [ex-diretora] era uma pessoa difícil (...) por outro lado a gente não podia deixar de admirar o trabalho porque era uma escola exemplar, uma escola limpa, uma escola equipada que parecia funcionar bem, tinha comida que abrangia um número excepcionalmente grande de moradores.” (presidente ONG)*

No final de 2005, com a mudança na direção da escola, o perfil mudou. Com a saída da antiga diretora, outras vieram e saíram, principalmente por causa da estrutura de violência e da própria escola, que funcionava nos três horários e atendia muito além da sua capacidade física, sob pulso firme da ex-diretora. Além disso, muitos funcionários saíram da escola, o que ocasionou uma desorganização das atividades escolares.

Tais acontecimentos implicaram em total desarticulação da escola com o CEDAPS, na medida em que as informações (relatórios, vídeos, informes) não foram passadas para as direções subseqüentes. Fora isso, a escola passou a priorizar as questões internas, como a deprecação das instalações e atos de violência cometidos por alunos.

*“De um lado como eu te falei pedagogicamente melhorou muito, no meu olhar melhorou muito, a escola hoje é uma escola com vida de escola, mas para a estrutura que às vezes se fazia necessária, rígida e livre de mando hoje em dia a escola tá solta e as próprias diretoras que passam por ali, elas só se comprometem com a escola, com a vida ali, a tia entrou, fechou e saiu, a diretora não pisa mais extra-muros.”(socióloga instituto estadual de assistência social).*

A entrada do SOLTEC/UFRJ se iniciou com o interesse pessoal de uma integrante de um grupo de estudantes de medicina que desenvolvia trabalhos voluntários em outra comunidade do Rio de Janeiro. O grupo procurava por várias ONGs para tentar se inserir de alguma forma e continuar as atividades. Por indicação de uma liderança comunitária, o grupo conheceu o CEDAPS e no primeiro contato:

*“chegamos a conversar também com o presidente da ong, e a gente se interessou, mas ficou meio assim, pôxa um trabalho super legal de Promoção da Saúde, então tinha um pouco a ver com a área da saúde, mas como é que a gente ia tá, o que a gente ia propor né, essa era a grande questão, um bando de estudantes, a maioria da Medicina o que eu acho que é mais difícil ainda, o que a gente vai propor para poder tá oferecendo alguma coisa né, o quê que a gente tem a oferecer?”(representação universidade pública)*

Após conhecer o trabalho do CEDAPS, o grupo buscou alternativas de inserção nesta instituição a partir da estrutura da UFRJ. Em 2005, com a entrada do projeto para a construção da cozinha comunitária, surgiu a possibilidade da junção entre a saúde, na perspectiva de Promoção da Saúde, e economia solidária, do campo da engenharia de produção.

*“a gente seguiu mesmo na necessidade de atender outras coisas para além da medicina para poder tá trabalhando junto do CEDAPS que tem a ver lógico, com a idéia da Promoção da Saúde, a gente tem que ser uma ação intersetorial, não dá pra ficar só na questão da medicina, que dá conta de pouca coisa na verdade, então o início foi meio por aí.”(representação universidade pública)*

O ator governamental é o principal protagonista nas áreas de saúde, educação, renda, planejando, executando e monitorando as ações implementadas nestas arenas. Neste sentido, foi gerada pelos atores participantes uma expectativa em torno da

convergência de projetos e programas, principalmente municipais, para a comunidade, o que não se concretizou. Mas ainda assim, independente desta pouca adesão, todos os segmentos entrevistados colocaram a necessidade de uma atuação governamental em Vila Paciência.

*“Eu acho que se tivesse, não vou dizer nem uma ONG como CEDAPS, mas o governo mesmo, que se o governo investisse mesmo nesses projetos de comunidades (...) Se o governo viesse aqui, mandasse algum representante e pegasse os nossos projetos e levasse pra lá para analisar, aprovasse e mandasse o recurso, eu acho que a nossa idéia não ia ficar só aqui.”(Grupo focal)*

*“O Estado ter que cuidar das pessoas que moram lá na comunidade, zelar pelo bem estar da comunidade: tanto na área da saúde, educação, segurança, né?”(direção ONG local)*

A adesão de outras instituições além do CEDAPS foi pequena. Merece destaque a ONG CAMPO que desenvolve trabalhos na área de educação, juventude e principalmente saúde, tanto na execução de programas de PSF quanto na capacitação profissional. Além desta instituição, o próprio GG/ISC, que já foi discutido anteriormente, e a Pastoral da Criança, vinculada a igreja católica, cujo objetivo é melhorar a saúde das crianças que estão em situação de risco nutricional e violência doméstica, a partir de ações sociais com as suas famílias.

O primeiro contato com a Pastoral da Criança foi realizado pelos técnicos do CEDAPS que buscavam outros espaços para a realização das atividades. Depois, pelo próprio perfil da Pastoral, que faz acompanhamento de famílias com necessidades sociais, as principais atividades se concentraram neste local.

*“eu sempre tive aquela vontade para que alguma coisa acontecesse para que eu ajudasse a comunidade. (...) Que gente sempre escutou isso: que na comunidade não tem nada; que tudo vem promessa, mas nada se concretiza. Então, a minha vontade era essa, de alguma coisa dar certo e, quando veio uma ONG com um projeto assim, que a gente vê que pode dar certo, então eu acolhi.”(instituição religiosa)*

O ator privado não participou efetivamente da construção da agenda. Os entrevistados se referenciam apenas a injeção de recursos. Dentre eles, o banco da região de Santa Cruz que, na perspectiva de responsabilidade social, apoiou as atividades iniciais desta experiência. Várias empresas da região foram visitadas, mas destas não se obteve nenhuma ajuda. Apenas uma indústria siderúrgica enviou um representante para o seminário. Este autor construiu um plano de ação voltado para a

capacitação profissional, mas que não foi adiante. Ao avaliar a participação privada, a direção do CEDAPS define que:

*“foi até mais decepcionantemente, pífia do que do ator governamental, de novo provavelmente nós não sabemos, não tínhamos ainda a capacidade de mobilização desses dois atores, talvez hoje fosse um pouco diferente, todo mundo já tem mais experiência, menos inocência e um pouco mais de tecnologia talvez para envolver os atores.”(presidente ONG)*

#### 3.4.4 A Capacitação como eixo transversal

As atividades foram desenvolvidas através de oficinas temáticas e fóruns abertos, tendo a capacitação comunitária como eixo norteador. O trabalho foi iniciado em 2001 com a perspectiva de discussão das visões de futuro presentes na comunidade e que serviram de referência para a identificação e sistematização dos problemas prioritários e dos recursos disponíveis. O primeiro contato com os moradores foi a partir de um curso voltado para o empreendedorismo, com recursos da Secretaria Estadual de Trabalho (SETRAB).

Ainda foi possível a construção de um “mapa temático” pelos moradores que participaram das capacitações, em que a comunidade de Vila Paciência pode ser graficamente representada com suas principais ruas, casas e equipamentos públicos. Paralelamente foram realizadas ações locais de mobilização (atividades recreativas e culturais para crianças, jovens e idosos, intervenções ambientais, além da mobilização de instituições locais), que geraram um ambiente mais propício à Iniciativa. A criação do slogan com o nome – Vila Paciência vai brilhar – na figura de um sol representava o desejo dos moradores ao final da intervenção planejada.

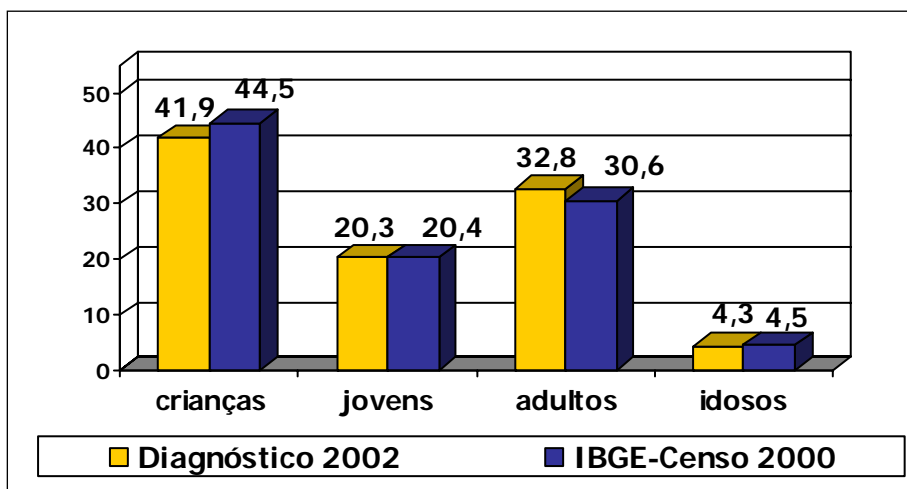
No início de 2002 realizou-se o Diagnóstico Comunitário Participativo onde os próprios moradores, que foram capacitados para tal, fizeram as pesquisas domiciliares. Esta atividade foi importante não só do ponto de vista dos dados, mas principalmente do próprio conhecimento adquirido, tanto dos técnicos em relação a comunidade quanto dos moradores para com ela mesma: *“acho que foi uma atividade “empoderadora” como diz as pessoas ali se perceberam como produtora de conhecimento né”* (presidente ONG). Também foi colocado que os moradores que mais participaram desta etapa, hoje estão mais envolvidos com o processo de mobilização comunitária.

O objetivo foi mobilizar os moradores no processo de conhecimento de suas condições de vida e subsidiar futuras intervenções. Além disso, o documento serve de base para o monitoramento das condições de vida de Vila Paciência.

O trabalho foi iniciado com a aplicação do instrumento de pesquisa pelos agentes de desenvolvimento, grupo composto por moradores, e assessorados pelos técnicos do CEDAPS. A amostra foi composta por 260 domicílios (20% do total), espalhados uniformemente pela comunidade. As entrevistas foram realizadas com maiores de 15 anos, que forneceram informações sobre o domicílio e cada um de seus moradores, além de emitirem suas opiniões sobre assuntos relativos à comunidade.

Conforme gráfico (1), a composição por grupo etário dos moradores dos domicílios pesquisado está muito próxima daquela verificada pelo IBGE através do Censo, no ano de 2000 o que reforça a confiabilidade da amostra. As crianças compõem 41,9% dos moradores (contra 44,5%, segundo o IBGE), os jovens compõem 20,3% (contra 20,4% do IBGE), os adultos compõem 32,8% (contra 30,6%) e os idosos compõem 4,3% (contra 4,5%, segundo o IBGE).

**Gráfico 1 - Comparação entre a composição por idade dos entrevistados pelo Diagnóstico e a do Censo 2000 para Vila Paciência**



Fonte: CEDAPS, 2002; IBGE/Censo 2000.

Dos dados gerais destacam-se: 94,2% dos moradores não participam de grupo ou associação comunitária; 91,9% não praticam atividades de esporte ou lazer; 73,8% têm ensino fundamental incompleto; 67,3% de população em idade ativa está fora do mercado formal de trabalho.

Após o mapeamento da comunidade, os temas principais subsidiaram a construção de planos locais de intervenção através da metodologia Construção Compartilhada de Soluções em Saúde. Seu objetivo é gerar ações que contribuam

efetivamente na melhoria da qualidade de vida local. A metodologia atua como uma incubadora de planos locais através de um processo de capacitação e planejamento, resultando em intervenções práticas, que podem ser desenvolvidas por profissionais, representantes comunitários e demais moradores, apenas com recursos disponíveis e sobre o qual tenham governabilidade. Estes planos podem atuar em todos os cenários da Promoção da Saúde, como serviços de saúde, comunidades, escolas e locais de trabalho.

Em seguida, de acordo com os resultados do diagnóstico, foi realizada a divisão das questões prioritárias apontadas em cinco áreas temáticas: educação para a saúde; organização comunitária; arte; cultura; esporte e lazer; habitação e meio ambiente e geração de ocupação e renda. Para cada uma delas foram listados os principais problemas identificados, ilustrados por dados obtidos no diagnóstico.

É importante salientar que esta divisão não foi rígida, pois os participantes tiveram a liberdade de construir os seus planos de ação diferentes do objetivo geral da sala de trabalho. Com relação ao perfil dos participantes, dos 57 autores, mais da metade eram de moradores. O resto de grupo foi formado por representantes de instituições (igreja católica, igreja evangélica, professores da rede municipal, servidor estadual e municipal, profissional liberal).

#### **Quadro 1. Educação para a saúde**

- 32% dos moradores precisaram de serviço de saúde nos últimos 6 meses. Dos serviços procurados, 27,5% foram de emergência. Na busca apenas 8,6% foram para os Postos de Saúde mais próximos (Cesarão e Cesarinho). A maior procura foi no Hospital Estadual Pedro II (26%);
- 91% dos entrevistados vê ratos e baratas em suas casas e proximidades e 47% vê todos os dias;
- 13% dos domicílios têm seu lixo depositado em terreno baldio;
- 13,8 % dos entrevistados, maiores de 15 anos de idade, não sabem ler nem escrever, superando o pior índice encontrado no Rio de Janeiro por pesquisa do Instituto Pereira Passos (2000) que foi o da Rocinha, com 13,1%;
- Dos entrevistados, somente 8% concluíram o 1º grau e 1% concluíram o 2º grau;
- 6% dos domicílios entrevistados possuíam mulher grávida na época da pesquisa. Dentre as mulheres grávidas, 26% não realizaram consultas de pré-natal.

**Fonte: CEDAPS, 2002**

O objetivo geral desta sala foi a geração de ações destinadas a capacitar a comunidade para a prevenção das doenças, o cuidado com o ambiente, a promoção do auto cuidado, e a redução do número de doenças com especial atenção para a Aids, a tuberculose, o alcoolismo, doenças de pele, respiratórias e a pressão alta. Dos doze planos de ação elaborados, quatro foram concluídos.

Deste grupo, o plano de ação selecionado foi “Trabalhando na Pressão”. Ele foi elaborado por uma moradora da comunidade. O problema apontado por ela foi a “existência de muitas pessoas sem diagnóstico de hipertensão na comunidade de Vila Paciência, na ‘di alta’”. Isto se deve a falta de um posto de saúde dentro da comunidade, e da impossibilidade dos moradores manterem o tratamento em locais vizinhos devido a interferência do tráfico local. O objetivo geral do plano foi: “promover o diagnóstico e o tratamento de cerca de 40 pessoas”. A autora pretendia enfrentar esse problema através de uma campanha de detecção e captação de hipertensos, e em seguida atividades educativas de divulgação do programa de hipertensão da Secretaria Municipal de saúde, *Remédio em Casa*, para moradores da “di alta” maiores de 25 anos, durante 6 meses. As etapas metodológicas previstas foram: 1 – reunião com a equipe de trabalho; 2 – visita ao posto de saúde para conseguir recursos educativos; 3 – fazer contato com CEDAPS para obter recursos, tais como: barraca, aparelho de pressão, etc.; 4 – elaborar ficha de cadastro de hipertensos; 5 – fazer contato com a escola municipal visando conseguir lanche para voluntários no dia da campanha; 6 – elaborar cartazes para divulgar o dia da campanha; 7 – realizar a campanha; 8 – fazer reunião para avaliação; 9 – iniciar as visitas; 10 – realizar a primeira reunião de grupo; 11 – realizar reunião de avaliação do projeto.

Durante os sete meses de desenvolvimento deste plano, foram realizadas duas campanhas na rua (medição de pressão arterial, distribuição de material educativo, preenchimento do formulário), com uma média de 100 participantes cada, além de visitas domiciliares às pessoas com dificuldade de locomoção, principalmente idosa, e verificação no núcleo de prevenção de DST/Aids. A procura é contínua, e o aparelho de pressão vai passando da mão da autora para as voluntárias.

No decorrer das atividades, algumas dificuldades tiveram que ser contornadas: o insucesso do grupo de “amigas da saúde”, que foi desarticulado em função do desânimo das moradoras, e a falta de material educativo no posto de saúde mais próximo. A ação do Grupo Gestor foi importante na consecução deste plano ao fazer parceria com a Fundação Leão XIII para a capacitação em noções de enfermagem para os moradores e a distribuição de material educativo da prefeitura para o desenvolvimento do trabalho.

Estima-se que cerca de 500 moradores já foram diretamente beneficiados pela verificação da pressão arterial e aqueles com suspeita de hipertensão ou abandono de tratamento são orientados a buscar os serviços de saúde da região.

Este plano foi desenvolvido em todos os eventos na rua, denominado “bonde da saúde” ou “feira da saúde”, conforme a fala da moradora: “*no campo de futebol aos*

*domingos passava uma turminha que eu conhecia tava dentro do carro, eu jogava preservativo dentro do carro (risos).”(coord. grupo comunitário)*

O outro plano elaborado, que teve como objetivo diminuir a infestação de piolhos capilares em crianças, também obteve êxito. Mesmo com a saída da autora, outra pessoa deu continuidade ao seu trabalho, beneficiando diretamente cerca de 100 crianças da creche municipal.

*“Eu assumi o projeto da minha irmã, entendeu? Que ela foi, participou deste projeto e não deu continuidade, ela foi trabalhar, aí o projeto ficou sem continuidade, aí eu peguei (...) Eu queria ser voluntário.”(grupo focal)*

### **Quadro 2. Organização comunitária**

- A comunidade não possui associação de moradores;
  - Apenas 5 % dos domicílios têm algum morador que participa de grupo ou associação comunitária. Por outro lado, 52% dos domicílios entrevistados possuem pelo menos 1 morador freqüentando algum grupo religioso.
  - 31% dos entrevistados acham que os moradores de Vila Paciência não buscam soluções para melhorar suas condições de vida
- Em relação à Violência:
- 8% dos entrevistados afirmaram que há cenas de violência na comunidade
  - 50 % afirmaram que a comunidade é perigosa também para os próprios moradores
  - 35% afirmaram que a comunidade é tranqüila para quem mora nela.
  - 14,6 % dos entrevistados acham que não podem usar os meios de transporte sempre que desejarem. Destes, 60 % atribuem a rivalidade entre facções criminosas.
  - Os moradores em Vila Paciência não possuem título de propriedade de suas moradias.

**Fonte: CEDAPS, 2002.**

O objetivo geral foi a geração de ações destinadas a fortalecer a organização e representação comunitária, dialogar com outros setores em Santa Cruz e arredores, atrair programas públicos, capacitar grupos comunitários para gestão, liderança, fortalecer, negociar e dialogar com programas públicos existentes na comunidade, por exemplo: Fundação Leão XIII, Pastoral da Criança, Escola, Creche e Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Dos quatorze planos de ação elaborados, sete foram concluídos.

Deste grupo merece destaque o plano intitulado “Um lar perfeito. Melhoria das casas de Vila Paciência”. Ele foi elaborado por uma moradora. Os problemas apontados foram “condições precárias das casas de famílias visitadas pela igreja evangélica Cristo é o Caminho, em Vila Paciência”. O objetivo geral do projeto foi: “organizar um documento sobre as condições da casa a ser encaminhada aos órgãos públicos, visando



a realização de obras em Vila Paciência”. A autora pretendia enfrentar esse problema através de um levantamento sobre as condições das casas e as necessidades de melhoria de 12 famílias visitadas pela Igreja, visando a realização de obras. As etapas metodológicas previstas foram: 1 – visitas às famílias escolhidas; 2 – tomar nota de dados sobre as causas dos problemas das famílias; 3 – juntar dados e fotos com registro dos problemas; 4 – organizar um documento para encaminhar aos órgãos públicos; 5 – apresentar sempre à comissão relatórios parciais do andamento do processo. Durante os 10 meses de desenvolvimento do projeto, foram realizadas visitas domiciliares a 19 casas com anotações dos dados pessoais e das condições das casas, fotografias de cerca de quatro casas, um ofício com relatório anexo de 16 casas que foi encaminhado aos órgãos competentes. No decorrer das atividades, algumas dificuldades tiveram que ser contornadas: a perda do caderno de acompanhamento na comunidade com informações preliminares e a dificuldade de localizar os moradores em casa para entrevistas e fotos. Como desdobramento, a autora conseguiu, através de uma doação, a distribuição de portas, janelas e grades para as famílias beneficiadas pela sua ação.

### **Quadro 3. Arte, cultura, esporte e lazer**

- 91% dos entrevistados não fazem nenhuma atividade de esporte/lazer na comunidade;
- 83 % dos entrevistados gostariam que Vila Paciência tivesse infra-estrutura e atividades de esporte e lazer;
- 44% consideram como problema em suas ruas a falta de áreas de lazer;
- 14,6 % dos entrevistados acham que não podem usar os meios de transporte sempre que desejarem. Desses entrevistados que acreditam que não podem usar o transporte sempre que quiserem, 60 % acham que é por causa da rivalidade/violência entre as comunidades;
- A comunidade apresenta um grande número de pessoas (jovens, adultos e crianças) ociosas em suas ruas.

**Fonte: CEDAPS, 2002.**

O objetivo geral foi o de gerar ações destinadas à ocupação produtiva do tempo livre de crianças, jovens, adultos e idosos; ocupação de áreas livres, recuperação de quadras, estímulo a atividades desportivas, artísticas e culturais. Dos onze planos de ação elaborados, seis foram concluídos.

Deste grupo, o plano selecionado foi o de outra moradora, com o título “Quero fazer acontecer – crianças em risco melhor”. O problema apontado foi “*quatro crianças da parte alta de Vila Paciência que estão fora da escola se drogando, roubando*”. A justificativa desta autora é que essas crianças não devem passar por esta situação pelo fato de serem pobres. O objetivo geral foi: “melhorar em 50% o comportamento de quatro crianças da parte alta que estão fora da escola se drogando e roubando”. A

estratégia principal foi a realização de uma série de atividades educativas com dinâmicas, passeios, brincadeiras, esporte e trabalho. As etapas metodológicas previstas foram: 1 – colocar disponível o espaço da comunidade; 2 – entrar em contato com os agentes e voluntários; 3 – procurar os comerciantes para doar o material necessário; 4 – estabelecer contato com as crianças e convidá-las para as atividades; 5 – realizar as atividades; 6 – avaliação (agitar para acontecer!)”. Durante os onze meses de desenvolvimento do projeto, foram realizadas atividades mensais como brincadeiras, passeios, danças, literatura, entre outros. No início, quatro crianças eram contempladas pelo projeto, mas no final do ano, cerca de 40 crianças participaram, além da ajuda de duas voluntárias, a irmã e a filha adolescente, da autora. A principal dificuldade contornada foi a falta de tempo, pois ela tinha que conciliar estas atividades com o trabalho de manicura na época e as ações à frente do Núcleo Comunitário de Prevenção das DST/Aids.

Os planos elaborados neste grupo desenvolveram muitas ações de visibilidade dentro da comunidade, estabelecendo apoios locais (lanche, material educativo, trabalho voluntário) inclusive de atores governamentais, o que culminou com a inauguração de uma sala de leitura:

*”eu tive oportunidade de levar muito material da Secretaria Municipal pra lá, eu fiz um acervo bom que na ocasião, por ordem do padre, nós só pudemos colocar as barracas na calçada da Igreja, porque a gente estava distribuindo preservativos (...) conseguimos muitos livros, eu achei muito interessante, só Olga, temos três livros Olga, eram livros didáticos, não didáticos, enfim, era muito livro.”(coord. centro de estudos de unidade de saúde)*

<b>Quadro 4: Habitação e meio ambiente</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 78,5% das casas foram cedidas para moradia</li> <li>- 62% consideram suas moradias de boa a ótima, e 19% assim consideram porque pelo menos têm onde morar</li> <li>- 28% foram levados para lá por motivo de enchente, construção da Ponte Rio Niterói e outras remoções de favela</li> <li>- 26% dos entrevistados declararam que seus domicílios oferecem risco ou são ruins</li> <li>- 77% dos entrevistados declararam haver falta de água no domicílio</li> <li>- 29,6% do esgoto tem como destino a fossa que quando enche causa grandes transtornos a comunidade</li> <li>- 41% dos domicílios não têm coleta direta de lixo, dos quais 13% têm seu lixo depositado em terreno baldio</li> <li>- 63% consideram como problema a presença de ratos e insetos nas casas e nas ruas;</li> <li>- 48% dos domicílios não possuem chuveiro elétrico</li> <li>- 12% dos domicílios não possuem geladeira; 3% dos domicílios não possuem fogão;</li> <li>- 9,6% dos domicílios não possuem televisão</li> </ul>



**Fonte: CEDAPS, 2002.**

O objetivo geral foi gerar projetos para a infra-estrutura das casas e limpeza das ruas. O grupo foi composto por 9 moradores e um ator governamental. Dos 10 planos de ação elaborados, seis foram concluídos. O plano de ação selecionado foi o elaborado pela moradora, intitulado “É possível ter saneamento básico”. O problema apontado foi “a má utilização do sistema de esgoto da Travessa B, causando entupimento da tubulação e vazamento do esgoto”. O objetivo geral foi “melhorar a utilização do sistema de esgoto diminuindo os entupimentos, com moradores da Travessa B”. A estratégia utilizada foi a implantação de um trabalho educativo (visitas, palestras, entrega de material educativo) sobre a utilização do sistema. As etapas metodológicas previstas foram: 1 – fotografar a Travessa B; 2 – visitar algumas casas para conhecer a situação (esgoto, ralos, pias e vasos sanitários); 3 – fazer anotações sobre as condições e como as pessoas tratam o seu lixo; 4 – buscar parceiros junto às autoridades/técnicos e voluntários para uma implantação de programa educativo; 5 – conseguir material educativo; 6 – implantar o programa educativo com ajuda de técnicos e voluntários; 7 – marcar as reuniões para planejamento e para as atividades mensais sobre esgoto, com lista de presença; 8 – coletar depoimentos sobre o que os moradores acham da situação do esgoto na Travessa B; 9 – propor uma ação positiva junto com os moradores; 10 – anotações sobre como os moradores tratavam o seu lixo; 11 – fotografar depois. Durante os nove meses de desenvolvimento do plano de ação, foram tiradas fotografias do esgoto da Travessa B, visitas a 10 famílias para descrever como os moradores tratam os seus lixos, busca de parcerias e entrega de 10 kits de limpeza as famílias e da Travessa B e adjacências, além de trabalho educativo com entrega de folders fornecidos

pela prefeitura na comunidade. No decorrer das atividades, algumas dificuldades tiveram que ser contornadas: a de conseguir apoio técnico pelo órgão responsável pelo sistema de esgoto, problemas pessoais (internação do filho com problemas respiratórios), falta de tempo pelo acúmulo de tarefas voluntárias. Apesar das dificuldades, a autora participou de várias atividades (campanha do dengue, camelô educativo, recreação com crianças, apoio ao Grupo Gestor) em diferentes frentes de ação, o que mostrou sua grande iniciativa em prol da comunidade.

Apesar da temática de meio ambiente, o ator governamental preferiu construir o seu plano de ação voltado para o auto-cuidado em saúde. Isto não gerou problemas no seminário, porque as pessoas tiveram a possibilidade de mudarem os seus temas de acordo com as suas aspirações pessoais. Este ator governamental, além de desenvolver o seu plano de ação, atuou como mediador entre os moradores e o posto de saúde. Ao longo de um ano, informou aos moradores sobre os serviços oferecidos no posto e captou muitos casos de mulheres sem preventivo e crianças com problemas sérios de alergia. Com recursos repassados pelo CEDAPS, via Grupo Gestor, foi possível custear parte da passagem destas famílias até este posto de saúde, localizado em outro bairro. Além disso, este profissional acompanhou alguns casos de internação no Hospital Pedro II.

*“Então, eu acho que duas vezes, a primeira de Promoção da Saúde com todas as informações e, a outra era realmente corpo a corpo que era a possibilidade que a gente tinha de estar junto com alguém, estar falando nessas reuniões, estar discutindo, estar informando. Mas, a coisa muito pequenininha a nível de ação.”(coord. centro de estudos de unidade de saúde).*

O objetivo deste trabalho não era ser permanente, mas criar a possibilidade de acesso aos serviços locais de saúde. Porém, em função das dificuldades de articulação, esta atividade foi interrompida. Apenas em 2007, a liderança comunitária conseguiu retomar este trabalho de acompanhamento dos casos de saúde, e diretamente no posto em Santa Cruz.

*“nós cadastramos todas as pessoas que estavam hipertensas ou que estava acima do peso, nós conseguimos uma balança também e, aí o Posto de Saúde de Santa Cruz participou finalmente. Todas as pessoas que estavam acima do peso ou com problemas de hipertensão foram cadastradas para fazer um contato com o Posto.”(coord. centro de estudos de unidade de saúde)*

**Quadro 5: Geração de ocupação e renda**

- 67 % dos entrevistados não trabalham, dos quais 43% se declararam desempregados. Dos 33% que trabalham, 88 % trabalham sem carteira assinada
- 27% apontaram a violência na comunidade como principal preocupação
- 50% dos entrevistados acreditam que podem melhorar de vida através do trabalho.
- 10 % das famílias dos domicílios entrevistados vivem sem renda nenhuma
- 23,5 % das famílias vivem com menos de R\$ 200,00 por mês
- 79% dos entrevistados afirmaram que o morador de VP não consegue emprego com facilidade quando diz seu endereço; dos quais 39% acham que é por preconceito contra a comunidade
- 11% acham que é porque tem que pagar 2 ou 3 passagens
- 5% de crianças menores de 10 anos fazem bico para ganhar algum dinheiro
- 33% das crianças ajudam em casa, 28 % em afazeres domésticos ou cuidando dos irmãos
- 36,5% dos entrevistados apontaram o desemprego como principal preocupação para a família no último ano

**Fonte: CEDAPS, 2002.**

O objetivo foi sistematizar um plano de ação para geração local de renda. Dos dez planos elaborados, dois foram concluídos. O primeiro foi a formação de um grupo de trabalho para a produção de buffets com alimentos naturais, e o segundo foi a construção de uma horta comunitária no espaço da igreja católica.

Este grupo foi o mais heterogêneo, com a presença de membros da igreja, escola, ONG, e o único representante de uma empresa privada participante neste período. O plano de ação escolhido foi o elaborado pela coordenadora da Pastoral da Criança, projeto vinculado a igreja católica. Seu título é “Buffet participativo” e o problema apontado foi “a preocupação de carência com crianças desnutridas, por falta de alimentação rica em vitaminas e proteínas”. O objetivo geral do projeto foi “ampliar as atividades do buffet alternativo e incentivar o artesanato (crochê, biscuit e etc)”, através de doações e rifas para viabilizar os recursos necessários. As etapas metodológicas previstas foram: 1 – organizar treinamento para capacitar duas pessoas; 2 – fazer levantamento de pessoas que possam doar alimentos, toalhas e outros; 3 – organizar busca de cascas de legumes que são jogadas fora; 4 – meios para adquirir geladeira e freezer através de doações, eventos, rifas, etc.; 5 – divulgar o buffet alternativo na comunidade e fora dela; 6 – iniciar o preço de venda e venda.

Durante os 12 meses de desenvolvimento do plano, foram realizados 15 capacitações com moradores de Vila Paciência e de outras comunidades, reciclagem de 10 pessoas ao longo do ano, alimentação mensal para cerca de 80 crianças e 25 famílias, divulgação do buffet em eventos. Além disso, a Pastoral funciona como um pólo difusor de diversas ações como: oficinas (alternativa, biscuit, sabonete, creme hidratante,

perfume, sabonete glicerinado, sabonete líquido, crochê) que foram realizadas ao longo do ano, com a participação de 10 pessoas em cada uma; Ação da Cidadania, evento (A Celebração da Vida) onde ocorre a pesagem das crianças de 0 até 6 anos e palestras educativas; entrega de cestas básicas; sopão e atividades religiosas. A principal dificuldade enfrentada pela autora foi a falta de tempo, pois houve acúmulo de funções e de uso do espaço (da igreja, da Pastoral da Criança, do projeto e de apoio estrutural aos outros projetos).

A perspectiva é profissionalizar o “buffet participativo”, formando uma cooperativa composta de moradores e implementar as oficinas de capacitação de outras pessoas e retomada das atividades de recreação. Foi a partir da junção deste plano com o outro voltado para capacitação profissional, que o CEDAPS construiu e captou recursos para o projeto de empreendedorismo, financiado pela UNESCO, três anos após o seminário.

A etapa seguinte foi de acompanhamento dos planos elaborados no seminário. A equipe do CEDAPS fomentou atividades comunitárias e forneceu apoio material e técnico para os autores das intervenções. Foram realizadas capacitações específicas (elaboração de ofícios, recreação com crianças e adolescentes, verificação de pressão arterial), confecção ou busca de materiais educativos temáticos, e pequeno aporte financeiro (lanche, passagem para eventos fora da comunidade).

Encontros periódicos também fizeram parte do trabalho, para a discussão dos avanços e das dificuldades e o fortalecimento do trabalho em rede.

*“a gente ficava muito é, submisso, não diria que a palavra submisso era a mais adequada, mas muito na mão da própria escola, tanto no material que ficava lá tanto das relações que a escola tinha com a comunidade, a gente acabava ficando parceira por demais e a idéia era buscar então que a gente mudasse a estratégia.”(coord. técnica ONG)*

Dos 57 planos locais de ação elaborados, 41 foram iniciados e destes, 25 foram concluídos de acordo com as cinco áreas temáticas definidas no seminário (educação, esporte e lazer com oito; saúde com seis; saneamento e meio ambiente com cinco; organização comunitária com quatro e geração de renda com dois).

Os resultados alcançados não são grandiosos em termos numéricos, mas interessantes quando olhados no detalhe com destaque para: levantamento de problemas estruturais das casas, mutirões de limpeza, atividades recreativas e esportivas, implantação de horta comunitária, verificação de pressão arterial, distribuição de materiais educativos e eventos na comunidade. Segundo Valla, neste processo, observa-

se “o intercâmbio de apoio social”<sup>109</sup>, que resulta em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos, permitindo aos participantes um maior sentido de controle sobre suas vidas.

As informações apresentadas sobre este projeto foram obtidas através de relatório técnico desenvolvido pelo CEDAPS, e confirmadas no grupo focal com moradores. O Projeto Construindo a Saúde, Nutrindo a Vida: projeto integrado de capacitação profissional e empreendedorismo comunitário na Zona Oeste do Rio de Janeiro<sup>110</sup>, foi desenvolvido entre 2005 e 2007, com objetivos multifocais, mas no âmbito da Iniciativa de Vila Paciência.

A primeira etapa foi constituída pela capacitação de 15 jovens em técnicas de construção civil e a prática na construção de uma cozinha comunitária; a segunda pela formação de 15 jovens em recreação infantil que atuaram tanto na creche quanto na escola como apoio às atividades pedagógicas planejadas pelos professores; e, por fim, pela capacitação de 20 mulheres pautada na economia solidária para a constituição de um grupo de trabalho auto-gestionário. Entre as atividades educativas, a temática de Promoção da Saúde sexual foi trabalhada pela agente comunitária de prevenção, como forma de integrar as diferentes frentes de ação. O principal desdobramento deste projeto foi a possibilidade de recriar o espaço de articulação local, o comitê comunitário, de forma que a realização das etapas fosse prolongada para que houvesse o maior envolvimento da comunidade na condução e transparência das atividades, o que se constituiu um grande aprendizado para a instituição na gestão compartilhada das atividades.

#### *3.4.5 Mobilização social*

A transição para um território menor trouxe a possibilidade de continuidade do trabalho em Santa Cruz. Mesmo com as dificuldades, o CEDAPS contou com o aporte financeiro da Fundação Dreyfus e a aposta na organização comunitária local para a Iniciativa de Vila Paciência. A idéia era que o próprio processo de trabalho, com a realização de um diagnóstico para o fomento de um seminário com intervenções locais, pudesse “despertar” no morador a perspectiva de mobilização e organização comunitária. Além disso, havia a crença de que as dificuldades nas relações políticas locais, especialmente no que diz respeito à escola, seriam minimizadas ao longo do desenvolvimento do Iniciativa. Assim novas possibilidades de articulação entre os

atores locais, com a participação dos moradores, favoreceriam a entrada de programas públicos para a região.

A proposta inicial do CEDAPS não era estar tão presente, isto é, com equipe fixa trabalhando semanalmente na comunidade para o desenvolvimento dos planos locais de ação elaborados no seminário, e posteriormente a implantação de projetos específicos. A expectativa era que o Grupo Gestor da Iniciativa de Santa Cruz, juntamente com um grupo comunitário, constituído especialmente por aqueles que participaram da construção da agenda de desenvolvimento, acompanhasse localmente as ações desenvolvidas, o que não aconteceu.

*“A gente imaginou que o GG/ISC pudesse ser um gestor, um co-gestor da Iniciativa de Vila Paciência e isso co-gestor foi claramente colocado, mas a gente tinha expectativa que surgisse um grupo da própria comunidade que pudesse aí sim junto com o GG/ISC desenvolver o processo da Iniciativa de Vila Paciência, mas teria que ser um grupo com mais elementos da comunidade, não um grupo de fora, do bairro que ia gerir uma iniciativa numa comunidade.”(presidente ONG)*

Na medida em que o trabalho de campo não ocorreu como esperado, o CEDAPS estruturou uma equipe específica para fazer o acompanhamento dos planos e estimular a mobilização comunitária. Nesta etapa, os profissionais da direção que participaram da construção desta iniciativa se afastaram das atividades essencialmente de campo. No entanto havia a preocupação de que a equipe local não desenvolvesse o trabalho de acordo com as metas definidas, o que demandou a contratação de um profissional com perfil técnico para a coordenação da iniciativa, ao mesmo tempo em que se buscou mais parcerias institucionais e financeiras para a sustentabilidade das ações.

*“a minha entrada na Iniciativa ela se funde e confunde com a minha entrada no CEDAPS, eu fui convidada para vir pro CEDAPS justamente na ocasião pra me inserir na Iniciativa de Vila Paciência e em função de que naquele momento tinha o seminário, tinha sido realizado o seminário usando a metodologia construção compartilhada e esses projetos tavam implementados ou pelo menos existia a possibilidade de serem implementados.”(coord. técnica ONG)*

Entre 2001 e 2005 várias ações foram realizadas dentro da comunidade visando a mobilização social: inauguração do Núcleo Comunitário de Prevenção das DST/Aids; capacitações profissionalizantes com os moradores; realização de diversas atividades educativas, esportivas e culturais atingindo mais de 1.000 pessoas; formação e treinamento de um grupo de agentes comunitários para apoio às ações locais; e formação de comitê comunitário (espaço de interlocução) para pensar os problemas prioritários.



Dentre as ações realizadas, o diagnóstico comunitário participativo foi apontado pelos entrevistados como um ponto alto da Iniciativa, na medida em que funcionou como catalisador para o fomento ao processo de mobilização dos participantes, conforme colocado pelo entrevistado:

*“É do diagnóstico. Esse foi um dos trabalhos mais importantes. Depois passou, isso aí mostrou para a comunidade, então foram feitas várias ações, foi feita uma ação com criança lá, por exemplo, tinha mais de duzentas crianças participando.”(direção ONG local)*

Há o reconhecimento pelos entrevistados de que as ações desenvolvidas (planos elaborados no seminário, projetos específicos) foram desdobramentos do diagnóstico. Porém, no Grupo focal foi observado que apenas os moradores com maior tempo de participação na Iniciativa colocaram esta relação. A cartilha elaborada com linguagem mais simples e ilustrações das atividades, foi mencionada, conforme relato da moradora:

*“Eles fizeram uma pesquisa dentro da comunidade, assim, uma pesquisa sobre o que estava acontecendo depois do CEDAPS estar entrando aqui. Aí, dentro desta pesquisa eles colocaram alguns pontos que estava acontecendo alguma coisa: como eu estou nessa cartilha, verificando pressão; a [agente de prevenção] com o núcleo. Então tem a ver com o que aconteceu com a gente naquele tempo e ainda continua acontecendo.”(Grupo focal)*

Neste ínterim, o Grupo Gestor da Iniciativa de Santa Cruz (GG/ISC) foi se fragmentando. Além disso, a relação de confiança com o CEDAPS se fragilizou, dificultando a integração e ampliação das ações locais. Alguns projetos não tiveram andamento dada a forma de condução do trabalho pela direção do GG/ISC. Em função da retenção de informações para o CEDAPS e da impossibilidade deste grupo gestor receber recursos por conta de não estar totalmente regularizado dentro dos padrões de uma ONG, não foi possível a realização de convênios com empresas da região para a implantação de projetos voltados para qualificação profissional

*“O CEDAPS poderia estar fazendo isso já que ele era parceiro, um parceiro muito grande do GGISC, e ela não aceita passar as informações e permitir que o CEDAPS fosse adiante. Então começa a surgir, problema pessoal só dela que começa atrapalhar esse andamento, tá?”(coor. centro de estudos de unidade de saúde)*

Os conflitos de interesses dentro do grupo foram determinantes para o seu esvaziamento. Os membros foram paulatinamente saindo e os novos não ficavam muito

tempo. Enquanto organização não-governamental, o grupo foi dissolvido em 2007, após seis anos de formalização, conforme relato de uma das fundadoras:

*“O Grupo Gestor com esse nome Grupo Gestor ele se dissolveu agora, tem dois, três semanas, sei lá, não tem nem mais esse nome, eu que fui fundadora do Grupo Gestor que assinei a ata e tudo, participei lá e é outro nome, é outra diretoria, é outra coisa, agora é alguma coisa voltada para a comunicação.”*(coordenação regional SMS/RJ)

No final de 2004, em virtude da saída de recursos da Fundação Dreyfus, o CEDAPS diminuiu gradativamente suas atividades de maior visibilidade na comunidade. Deste momento em diante, a instituição focalizou suas ações em torno de projetos específicos, voltados principalmente para o segmento juvenil.

No ano seguinte, um novo projeto voltado para o empreendedorismo, executado pelo CEDAPS com recursos da UNESCO, é iniciado na comunidade. Este é mais um desdobramento dos dados apontados pelo diagnóstico comunitário participativo (2002), ou seja, de que a geração de renda local é um quesito importante para melhorar as condições de vida das pessoas.

Dentre as estratégias desenvolvidas neste projeto, a busca por um espaço de interlocução entre os atores locais favoreceu a criação de um novo comitê gestor para acompanhar as etapas do projeto. Mesmo com a participação flutuante, a entrada da Escola Politécnica da UFRJ, através do Núcleo de Solidariedade Técnica – SOLTEC na assessoria técnica ao grupo de produção formado pelo projeto, propiciou a continuidade das ações de mobilização comunitária dentro da comunidade.

Com o apoio financeiro da UNESCO, o CEDAPS vislumbrou a possibilidade de desenvolver um comitê para o acompanhamento do novo projeto que tinha objetivos específicos, mas que poderia se transformar num comitê de desenvolvimento local. Pelo trabalho com o grupo da cozinha, o SOLTEC pôde captar novos integrantes com perfil voltado para a integração de movimentos sociais e políticas públicas. Com o encerramento deste projeto em 2007, o SOLTEC demonstrou interesse em investir institucionalmente na região de Santa Cruz, agregando todo o trabalho já realizado na Iniciativa, com o objetivo de implantar um grande projeto na área de habitação.

*“Esse ano a coisa tá mudando né, (...) trabalhando com questões bem mais amplas como habitação, de conseguir várias articulações interessantes com o governo do Estado, com a Caixa Econômica Federal que faz o financiamento, de tá mobilizando pessoas da própria UFRJ pra tá, pra irem trabalhar em Vila Paciência, então eu tô vendo que o trabalho tá sendo muito amplo.”*(representação universidade pública)

O intuito é o desenvolvimento de um grande projeto urbanístico, com a construção e reforma das casas. Enquanto a proposta é elaborada dentro da UFRJ pela equipe técnica que ainda está sendo constituída, na comunidade, reuniões mensais foram realizadas para discutir o envolvimento e apoio dos moradores. Este momento é muito importante, segundo o CEDAPS e o SOLTEC, pois aumenta as chances de sucesso do projeto. Sem a participação comunitária, pode acontecer, por exemplo, a invasão das casas por pessoas oriundas de outros locais, a perda de material de construção, descrédito na conclusão da obra por desconhecimento, entre outros.

A participação é elemento importante para o campo da Promoção da Saúde, inclusive apontado num dos campos de ação, o reforço da ação comunitária. A principal estratégia é o *empowerment* comunitário ou o fortalecimento da comunidade, gerando mobilização e participação para conquistar mudanças nos determinantes sociais da saúde.

Como salientado na entrevista com a direção do CEDAPS, alguns estudos foram realizados com ênfase na participação. Dentre eles, o realizado por Estrada<sup>111</sup> buscou analisar o processo participativo no contexto da Iniciativa de Vila Paciência, com a realização de observações participantes e entrevistas com moradores.

Os resultados apontaram que a participação dos moradores está vinculada ao ganho individual ou simbólico. O primeiro, baseado na noção de reciprocidade e o segundo, respaldado no reconhecimento social da realização de ações coletivas.

Os moradores com perfil de liderança tiveram o intuito de participar da Iniciativa mobilizados pelo desejo de mudança na comunidade. Por outro lado, há os que condicionaram a sua presença em ações coletivas mediante benefícios sociais, principalmente alimentação e dinheiro.

A organização comunitária ainda é frágil e baseada em interesses pessoais. Deste modo, a associação de moradores não se sustenta por muito tempo, sendo desmantelada pelo tráfico de drogas quando os conflitos de interesse geram alto nível de tensão. Entretanto, este estudo identificou que o fortalecimento das lideranças comunitárias no âmbito da Iniciativa vem contribuindo para um “*movimento de alteração de seu status quo*”<sup>111</sup>. Algumas pessoas começaram a participar de capacitações, eventos, redes, e, com isso, a transitar em outros espaços públicos, estabelecendo parcerias e trocando experiências. São mulheres em sua maioria que buscam projetar o nome da comunidade em outros espaços.

Experiências desta natureza, com base em metodologias participativas, são sustentadas pela participação comunitária, uma vez que passam a criar espaços para a entrada de novos atores, locais e externos, interferindo positivamente neste cenário.

Para Labra<sup>112</sup>, a participação em movimento coletivo, por sua vez, ajuda a aumentar o civismo e também amplia a confiança. Enfim, é um círculo virtuoso e solidário que se cria e enriquece. Neste sentido, a criação dos conselhos de saúde nos níveis federal, estadual e municipal no Brasil, em 1990, favoreceu o surgimento e crescimento de uma rede extensa de cidadãos engajados voluntariamente para refletir sobre as questões relevantes a saúde. Se estimulados por uma política que vise ao bem comum, estes espaços públicos, em última instância, podem levar ao capital social, já que as associações comunitárias precisam estar formalizadas para se fazer presentes nos conselhos, o que inclui o registro institucional, o regimento e a diretoria.

#### 3.4.6 Conexões com a Política Governamental

Um dos objetivos da Iniciativa é a incorporação desta experiência na agenda governamental. Neste sentido várias tentativas de aproximação com as instâncias públicas foram realizadas. O aceno da coordenação de saúde foi o ponto de partida para desenvolver uma proposta mais integrada na região. Este ator foi peça fundamental no jogo de interesses, e que por conta das relações políticas caracterizadas pelas questões eleitoreiras, não se sustentou no processo como um todo.

Foram convidados representantes do conselho distrital de saúde na época para participarem das ações e também o movimento inverso, de inserir esta experiência nas discussões do conselho, mas não gerou nenhuma atividade concreta, só apoios informais.

*“a gente ali expôs a Iniciativa, pediu apoio, mas a gente também não, acho que também a nossa crise era não ter uma concretude diante das solicitações, o gestor dizia que era um lugar enorme, a gente pedia apoio, propunha integrações, mas a gente não via uma atitude específica, todo mundo gostava, achava legal e aplaudia, mas isso não gerou nenhuma atitude, nenhuma intervenção direta ou programação específica.”(presidente ONG)*

A Macrofunção de políticas sociais é outra instância da prefeitura, um lugar de encontro entre as secretarias municipais de saúde, assistência social, educação, habitação, trabalho, entre outras, tanto a nível central quanto regional sob a coordenação das subprefeituras; resultado de um decreto municipal. Então cada região deve fomentar os encontros pelo menos uma vez ao mês. Em alguns lugares funciona com mais

intensidade o que vai depender do nível de mobilização e articulação dos subprefeitos, que também ficam a mercê das mudanças nas eleições. Deve ser um local privilegiado para o trabalho intersetorial, como colocado pela coordenação de assistência social: *“nós não fazemos saúde, nós fazemos com que a família tenha acesso a essas políticas: política da saúde, política da educação”*. Porém, as trocas de lideranças nas subprefeituras e seus perfis vão interferir na configuração da Macrofunção, de modo que alguns dão mais importância, outros menos, e ainda tem aqueles que não necessariamente sabem conduzir esse processo de trabalho. Por conta disso, na região de Santa Cruz, esta instância da prefeitura não está tão ativa quanto antes, quando tinha um perfil mais “visceral”, com ações mais sistematizadas. De 2000 a 2007 três subprefeitos já conduziram este espaço institucional.

O contexto político local contribuiu para a fragilidade da agenda de desenvolvimento firmada para a localidade. A direção do CEDAPS buscou sensibilizar os atores governamentais para o apoio a Iniciativa, mas sem êxito

*“tentamos de tudo, tentamos secretaria de trabalho, de ação social, saúde, educação, ah, secretaria de estado em várias instâncias, a Leão XIII, a de educação, a gente foi até a de habitação para tentar transformar Vila Paciência num favela-bairro ou favela-bairrinho de Vila Paciência, a gente fez o lobby do Saúde da Família desesperadamente, nunca conseguimos nada, só agora com o pessoal da UFRJ, a gente conseguiu trazer mais próximo o ator governamental” (presidente ONG)*

Apesar de não ter avançado na articulação intersetorial em Santa Cruz, os entrevistados apontaram as possibilidades de incorporação de elementos da Iniciativa na agenda governamental.

Uma delas é a entrada de programas governamentais, incluindo a Estratégia Saúde da Família, sinalizado pela atual coordenação de saúde, o que aproveitará a mobilização local, os dados produzidos pelo diagnóstico, planejará ações de acordo com as necessidades que estão estabelecidas em Vila Paciência, como a absorção do comitê de desenvolvimento local, para discutir de forma integrada das prioridades, tendo os moradores como interlocutores de programas. A Estratégia Saúde da Família trabalha com a perspectiva de Promoção da Saúde e desenvolvimento comunitário, sendo uma alternativa de absorção da Iniciativa de Vila Paciência.

Em relação ao nível central do município, não há articulação com a Assessoria de Promoção da Saúde, pois desde a sua criação em 2006, vem se estruturando em termos de recursos humanos e organograma. A idéia é que o trabalho seja transversal e não setorial nas ações de saúde, na perspectiva das políticas saudáveis, sendo este um dos campos de operacionalização da Promoção da Saúde. A expectativa do CEDAPS é

que haja uma maior integração com o conhecimento desta experiência, já que, a partir de 2007, os dois organismos vem desenvolvendo, mediante termo de cooperação técnica, um trabalho voltado para agentes jovens de Promoção da Saúde. O perfil mais afinado com as discussões sociais foi apontado como facilitador para o aprimoramento deste trabalho no município do Rio de Janeiro, de acordo com a entrevista do ator não-governamental:

*“acho que tá a frente da assessoria uma pessoa que tem uma proximidade muito grande com os movimentos e com processos que tentam fazer coisas diferentes, isso é muito importante porque se a gente tivesse uma pessoa, talvez menos próxima, mais conservadora em termos do que é a Promoção da Saúde..., ela tem uma vivência prática grande.”(coord. geral ONG)*

Ao nível estadual, não foi citado pelos entrevistados setores ou programas específicos, apenas um ator não-governamental colocou criticamente o trabalho voltado para a temática da prevenção de DST/Aids.

*“outro dia eu fui discutir lá com uma moça lá o convênio, aí ela disse apoio a pessoa com Aids é Promoção da Saúde, ela coloca promoção, prevenção e assistência, e o apoio a pessoas com Aids é promoção, não tem nada que é promoção.”(coord. geral ONG)*

Na esfera federal, a direção do CEDAPS relata a participação da instituição nos grupos de trabalho que deram origem a promulgação da lei nacional sobre a Promoção da Saúde no ano de 2007. Ainda segundo a direção, a Iniciativa de Vila Paciência trouxe contribuições à política na medida que:

*“Ela propõe de forma explícita programas de desenvolvimento local né, de desenvolvimento comunitário pode chamar, e a participação da comunidade nas políticas públicas, e um programa como o de Vila Paciência ela desenvolve essas duas instâncias, ela por um lado fortalece a comunidade para poder participar de políticas públicas nessas diversas formas e ela enfim é um programa de desenvolvimento local cuja a essência, cuja a proposta tá colocada na política nacional de saúde.”(presidente ONG).*

Outra frente de ação que não avançou na comunidade foi o projeto canteiro-escola. A idéia era que esta ação fosse um modelo para a política de habitação, mas sem sucesso. Na reunião da secretaria municipal de habitação onde foi apresentado o diagnóstico realizado em Vila Paciência por uma empresa, foram acordados alguns pontos para a intervenção habitacional na comunidade, mas de forma não articulada com a Macrofunção.

Com a entrada do SOLTEC/UFRJ, este tema volta a agenda de desenvolvimento local e governamental, mas no nível estadual. As expectativas para 2008 são boas, pois o Estado já sinalizou com a possibilidade de realizar um grande projeto de habitação no terreno, com recursos governamentais. O momento é de articulação institucional para a construção do projeto de intervenção. Como este tema ainda é o desdobramento do que foi pensado em 2002, ainda não é possível uma avaliação de processo. As expectativas são altamente positivas, pois obras de infra-estrutura têm maior impacto quando desenvolvidas pelo poder público.

A Iniciativa de Vila Paciência não entrou na agenda governamental na perspectiva do movimento cidades/comunidades saudáveis, mas a Promoção da Saúde como eixo norteador das ações, já faz parte desta agenda. Segundo o ator governamental da saúde, a assessoria veio se somar ao trabalho já realizado na rede básica, fortalecendo a existência dessa cultura de Promoção da Saúde:

*“para o município do Rio isso é natural, eu sou funcionária há 25 anos e sempre aconteceu, por exemplo, o dente-escola é uma proposta fortíssima de promoção de saúde, muito forte a, não aconteceu do ano passado pra cá, tem alguns anos, então é uma cultura, nós temos na rede básica, a rede básica é cultura a promoção de saúde.”(coordenação regional SMS/RJ)*

Outra frente de ação que incorpora o tema da Promoção da Saúde é a Estratégia Saúde da Família, também conhecida como Programa Saúde da Família, conforme coloca a atual coordenação de saúde:

*“PSF trabalha o tempo inteiro com isso, faz parte do trabalho do PSF, então quando a gente for pra lá, não vai ser só para prestar assistência a saúde, do ponto de vista da clínica, mas também desenvolver um trabalho de desenvolvimento comunitário que o trabalho do PSF também é isso, trabalha com a comunidade no diagnóstico, discute com a comunidade também os problemas locais, é desenvolve ações também nessa área de trabalho e renda, educação, eu acho que no que diz respeito a agenda governamental no âmbito municipal e que está dentro da minha governabilidade hoje é isso.”(coordenação regional SMS/RJ)*

A Estratégia Saúde da Família é um exemplo de programa que trabalha na perspectiva de Promoção da Saúde, mas que ainda enfrenta problemas para colocá-la em prática. A implantação por si só não vai garantir a melhoria das condições de saúde, conforme o relato do ator governamental:

*“tem o PSF para fazer promoção de saúde, para fazer o atendimento, mas o que acontece? Tem uma equipe do PSF pequenininha para não sei quantos mil habitantes, que na realidade, aquele grupo que está são profissionais de fora que não conhece a comunidade detendo um grupo de agentes comunitários que é a comunidade para quem tem acesso, porque é um grupo muito pequeno para um atendimento de um grupo muito grande, então não há tempo para fazer a promoção de saúde, não há tempo para fazer a prevenção, não há tempo para fazer nada porque é de segunda a sexta e você não tem tempo de fazer mais nada a não ser de captar casos que já são graves para serem atendidos, tá?”(coord. centro de estudos de unidade de saúde)*

Dentre as ações ou serviços realizados no contexto municipal que podem ser considerados de Promoção da Saúde temos: a fase inicial da implantação de conselhos gestores nas unidades básicas, o programa dente-escola, ações voltadas para o segmento feminino, campanhas anti-tabagismo, núcleos de saúde escolar na área de Santa Cruz, saúde mental com trabalhos manuais na área de alimentação saudável, núcleos de saúde do idoso com a publicação dos seus direitos nas portas de entrada das unidades. Além de uma maior divulgação da cartilha do usuário.

O diálogo com o nível estadual tem trazido novas perspectivas como a implantação da porta de entrada e saída de idosos e crianças internadas no Hospital Estadual Pedro II, ou seja, que os pacientes já saiam do hospital com as consultas marcadas na rede básica. A outra iniciativa é voltada para pacientes asmáticos para que, ao invés de buscarem a emergência do hospital, se dirijam aos pólos municipais de asma.

Apesar dos esforços, a coordenação reconhece a necessidade de mais investimentos na rede, pois não há, por exemplo, hospital municipal na área para oferecer exames de alta complexidade, e que, pelo perfil social, os mais pobres se deslocam com mais dificuldades para ter acesso.

#### *3.4.7 Acesso aos Serviços de Saúde*

Um tema constante nas entrevistas e grupo focal objetivou conhecer a opinião dos entrevistados sobre o reconhecimento do direito à saúde, no que diz respeito ao acesso e uso dos serviços locais, a partir da participação na Iniciativa de Vila Paciência.

Os problemas dos serviços de saúde em Santa Cruz não diferem muito do que acontece em outras regiões empobrecidas do município. A questão é que mesmo os postos de saúde existentes funcionem de forma satisfatória, ainda não será suficiente para cobrir a demanda de uma região com cerca de 300 mil moradores.



Os três grupos (governamentais, não-governamentais e comunitários) relataram que não houve maior acesso ou uso dos serviços de saúde e sociais da região em função da Iniciativa. Aconteceram algumas articulações com postos de saúde e o hospital, mas com ações pontuais e descontínuas. Muitas dificuldades foram relatadas pelos entrevistados, principalmente por conta das fronteiras impostas pelo tráfico:

*“É acessam, mas com muito cuidado, muito cuidado mesmo porque se ele [traficante] cismar, “você é de lá? Volta” não vai freqüentar o posto e não vai ter acesso a nada, e se for meninas novas apanha, se for rapaz matam, entendeu?”(coord. grupo comunitário)*

*“A questão do tráfico de drogas é, produz nela, confere a ela uma carceragem natural, então essa carceragem intrínseca faz com que ela seja uma comunidade à parte (...) então eu acho que ela é à parte do sistema.”(coordenação regional SMS/RJ)*

*“você sabe de tratamentos que começam e são abandonados, de tuberculose assim mais de dez idosas sabe, de chegar o diagnóstico, quando chega o mês de julho, agosto fica doente de pneumonia e “avó morreu”, tava doente de tuberculose, tava ali engraçando já.”(socióloga instituto estadual de assistência social)*

*“a gente pede socorro o tempo todo, a gente pediu numa época ... É, PSF. Mas a gente não consegue, não existe ação da saúde em Vila Paciência.”(direção creche municipal)*

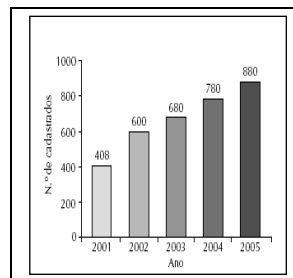
É necessário pensar em estratégias que melhorem o fluxo no sistema de saúde. As de cunho educativas podem ser um caminho para se atingir este objetivo. No contexto da Iniciativa, a articulação com o serviço público ainda está muito limitada às lideranças capacitadas que atuam como mediadoras entre o morador doente e a rede de saúde, mas vem crescendo gradativamente a cada ano, desde a implantação da estratégia Núcleos Comunitários de Prevenção das DST.

As reuniões do conselho de saúde são uma boa oportunidade de articulação e ganho político. Não há relatos de participações anteriores da comunidade no conselho distrital de saúde, o que pode sinalizar que antes ela nunca foi representada nesta instância de interlocução. Apenas a partir de 2005, a comunidade passou a participar deste conselho, trazendo visibilidade para as ações de saúde.

*“eu não consegui a parceira aqui com a Diretora do Posto do Cesarão, mas eu fui em Santa Cruz, levei o cartão das pessoas que já faziam tratamento, mas tinham abandonado e consegui bastante vagas para estas pessoas estarem indo ao posto. Eu também consegui encaminhamento para pessoas com o vírus do HIV para eles fazerem o acompanhamento dentro do posto, através da coordenadora [de saúde], até internação e consultas também.”(coord. grupo comunitário)*

Entre as ações realizadas no contexto desta iniciativa merece atenção a implantação pelo CEDAPS, em 2001, do Núcleo Comunitário de Prevenção em DST/Aids, estratégia desenvolvida com recursos advindos do Ministério da Saúde. Inicialmente funcionando na sede da Associação de Moradores, estabeleceu uma rotina de atendimento à comunidade, orientando quanto ao uso de preservativos e promovendo atividades educativas. Pesquisa realizada por Edmundo et al<sup>113</sup>, analisou o impacto desta estratégia na Promoção da Saúde, no que diz respeito ao auto-cuidado sexual dos seus moradores.

**Figura 5: N° de moradores cadastrados para receber os preservativos no Núcleo Comunitário de Prevenção.**



Fonte: Edmundo K, Mello e Souza C, Carvalho ML, Paiva V. 2007.

A análise da figura (5) demonstra o crescimento contínuo do número de moradores cadastrados mensalmente, para o recebimento de preservativos, e que pode atingir uma média de 2880 peças por mês. Tal resposta pode sinalizar que o morador está mais sensibilizado sobre importância do auto-cuidado em práticas sexuais, e que o trabalho é desenvolvido ininterruptamente, mesmo com as adversidades locais.

No entanto, o trabalho deste Núcleo que era realizado na associação de moradores foi interrompido em maio de 2002, devido a agente comunitária de prevenção na época ter sido “convidada” pelo tráfico de drogas local a se retirar da comunidade. Esta situação levou a suspensão do trabalho, até que um novo processo seletivo fosse realizado para a escolha de novos agentes comunitários. Esta capacitação envolveu cinco moradoras que participaram efetivamente do processo, ficando definido que duas estariam atuando como referência na comunidade. O Núcleo foi re-inaugurado numa sala cedida pela Fundação Leão XIII, funcionando até 2006, quando o prédio foi demolido para a construção de um centro social estadual. As ações de Promoção da Saúde e prevenção de DST/Aids estão sendo realizadas pela agente comunitária de prevenção e colaboradores.

Em 2007, como resultado das capacitações e articulações locais, esta agente de prevenção estabeleceu parceria formal com a coordenação de saúde da região para o recebimento de orientações e materiais educativos. Além disso, com a previsão de inauguração de um centro social estadual no local onde funcionou por mais de 30 anos a Fundação Estadual Leão XIII e a perspectiva de parceria com a prefeitura para a implantação da Estratégia Saúde da Família em 2008, contempla-se a integração do Núcleo Comunitário de Prevenção das DST/Aids ao sistema público de saúde.

Entre 2001 e 2007 diversas ações foram promovidas, tais como: plantões para atendimento aos moradores; distribuição mensal de, no mínimo, 1440 preservativos masculinos; aconselhamento individual; encontros/palestras voltados para grupos de idosos, mães de escolares e adolescentes; camelô educativo (estratégia itinerante de divulgação do trabalho); orientações para pesquisas educativas; encaminhamentos para serviços sociais e de saúde; capacitações de jovens, visando a formação de multiplicadores e articulação com parceiros locais. Além disso, a líder comunitária vem participando de capacitações temáticas em instituições de ensino reconhecidas, como FIOCRUZ e UFRJ.

A partir da participação em reuniões e, posteriormente, da elaboração de um projeto na capacitação da FIOCRUZ, a liderança comunitária entrou em contato com a coordenação de saúde para viabilizar a assistência aos portadores de HIV. A partir deste momento se confirmou a parceria formal. A liderança, que é reconhecida como agente comunitária de prevenção, recebe, via CEDAPS, da secretaria estadual de saúde, material educativo e 1144 preservativos por mês. Já com a coordenação regional de saúde são mais 2000 camisinhas. O objetivo agora é manter esse apoio para as atividades:

*“Vai, vai manter, vai manter porque conhece o meu trabalho, mais do que nunca né, tem um conhecimento bem legível do meu trabalho e mais as assinaturas, mais o relatório que eu passo pra eles é interessante.” (coord. grupo comunitário)*

Este trabalho de base comunitária se tornou a estratégia de educação em saúde mais próxima para os moradores, com acesso à informação, pelo “uso de códigos locais”, e aos preservativos, porque “está no interior da comunidade”<sup>113</sup>.

*“Fora os que pegam sem cadastro, vem gente de fora, é fregueses, como se diz? Viciados passam também e pegam preservativos e não são cadastrados (...) então não perco o tempo deles.” (coord. grupo comunitário local)*

Outra frente de ação que merece atenção é o acompanhamento dos moradores quando ingressam no sistema de saúde. Este trabalho era realizado anteriormente pelo ator governamental no bairro de Campo Grande, porque em 2003 não se conseguiu estabelecer parceria com posto de saúde da região. A alegação era falta de pessoal, por isso o agendamento de pacientes era burocratizado, tornando o processo demorado. Passados quatro anos, após algumas tentativas, este trabalho passou a ser desenvolvido pela liderança comunitária diretamente no posto de saúde em Santa Cruz, conforme o trecho seguinte:

*“É se foi atendido e quando chega lá na sala da diretora, a diretora me passa pra uma médica que ela vai movimentar o diagnóstico, o prontuário do paciente vê se aquele paciente, aonde ele tá sendo tratado, se ele tá seguindo, se ele veio do Pedro II, se ele só se consultou, se ele foi pra uma emergência e da emergência foi mandado ele pro Lincoln fazer o tratamento, se ele tá fazendo o tratamento.”(coord. grupo comunitário local)*

Ao descrever a demora dentro dos serviços de saúde, seja para atendimento ou exames, a liderança comunitária exemplificou, nos trechos abaixo, as grandes dificuldades de realização do pré-natal na região, onde o conhecimento pode determinar a vida ou a morte de uma pessoa:

*“Com ultra-sonografia na mão, os últimos exames na mão pra poder dar alta, alta da doutora, a doutora agendou um dia e não apareceu, agendou outro dia e não apareceu, ela foi três vezes no hospital agendado e a doutora não apareceu, aí eu falei, “sabe o que você faz? Como era no Pedro II você vai no Conselho Distrital de Saúde”, foi lá o secretário [conselho de saúde] fez a carta e foi com ela no hospital, ela foi atendida assim na palma da mão, na hora, apareceu doutora, apareceu ginecologista, obstetra, todo mundo foi uma maravilha.”(coord. grupo comunitário local)*

*A moradora que lá no vagão de não ter ninguém pra informar o que tava acontecendo, passou mal com sete meses de gravidez, perdeu o nenê porque passou da hora, o nenê deu o sinal de nascer, foi prendendo, prendendo, prendendo sem atendimento, a criança veio a óbito e ela perdeu o filho porque ela não sabia, ela toda hora ia ao médico, a doutora não tava, a doutora não tava.”(coord. grupo comunitário local)*

Os casos da falta de atendimento pela ausência de profissionais não é incomum. O deslocamento até o serviço de saúde é difícil, mas o movimento contrário, do serviço de saúde chegar a comunidade, pode ser ainda pior, pelo receio do tráfico de drogas que, mesmo não atuando diretamente, impõe a sua presença aos profissionais de saúde que atendem diretamente populações residentes de zonas de conflito.

*“infelizmente muitos até morrem por falta de suporte, até da SAMU, eu socorri meu pai graças ao conhecimento, fiz primeiros socorros, eu socorri, eu salvei a vida do meu pai é, contando com a SAMU, esperando a SAMU entrar dentro da comunidade por causa do tráfico.”(coord. grupo comunitário local)*

A zona oeste, excluindo a Barra da Tijuca que conta com o hospital municipal Lourenço Jorge, tem três grandes hospitais estaduais com atendimento de emergência, o Albert Schweitzer em Realengo, o Rocha Faria em Campo Grande e o Pedro II em Santa Cruz. Segundo relato do ator governamental, muitas filas são formadas principalmente por mães com crianças de colo, que apresentam febre, diarreia, dor de garganta, quando estes casos poderiam ser discutidos e avaliados em postos de saúde mais próximos de suas residências, o que não é feito por algumas razões, como a violência do tráfico de drogas, já mencionado. Estes hospitais nem sempre dispõem de exames importantes, como ecocardiograma ou tomografia, o que implica em transferir o paciente para realizar este exame e depois trazê-lo de volta para dar encaminhamentos ao tratamento. Este fato indica que aumentar o acesso da população aos serviços de saúde demonstra outras fragilidades do sistema que precisam ser minimizadas.

*“Eles estão acessando, mas não estão sendo atendidos na maioria não. Não estão sendo atendidos, disso eu tenho certeza, eles não estão sendo atendidos, porque não está dando não. As 3:00 h a manhã aqui, eu tenho uma fila imensa, a espera da livre demanda, então não estão sendo atendidos, você vai num hospital, você vai ver que não estão sendo atendidos.”(coord. centro de estudos de unidade de saúde)*

No que diz respeito as informações para a saúde, diferentemente do que foi relatado sobre o acesso direto aos serviços locais, a maioria dos entrevistados colocou que a Iniciativa ampliou o nível de conhecimento sobre os programas existentes (Estratégia Saúde da Família) e principalmente o auto-cuidado (prevenção de DST).

*“Quem passou por esse processo tem uma desenvoltura muito mais qualificada na hora de ligar com qualquer instituição, com qualquer pessoa, né? Com a vivência dentro do projeto, eles adquiriram essa questão de viver um pouco mais a sua cidadania, conhecer mais os seus direitos, seus deveres também que a idéia era essa: seus direitos e deveres.”(direção ONG local)*

*“Bastante, pelo menos em questão de orientá-los a, que é uma coisa que eles tinham muito pouco esclarecimento, a gente foi muito assim aquelas reuniões, aquelas rodas que depois eu sabia pelas próprias idosas entende que no grupo contextualizavam isso.”(socióloga instituto estadual de assistência social)*

*“as pessoas procuravam informações, algumas coisas a gente sabia informar de, onde procurar atendimento para certas questões e acho que principalmente esse movimento de se buscar, trazer o PSF, o Programa Saúde da Família pra própria comunidade, eu acho que as pessoas tinham conhecimento do quanto que são importantes pra elas e vi esse movimento e acho que ainda continua.”(representação universidade pública)*

Através das atividades educativas e de capacitação, as informações colocadas estimularam a busca pelo auto-cuidado e, conseqüentemente, pelos serviços de saúde, conforme a fala do ator governamental:

*“Eu acho que está facilitando o acesso também, a informação para o acesso, eu acho que a informação também facilita o acesso.”(direção creche municipal)*

No grupo focal, os moradores que participaram mais recentemente da Iniciativa não visualizaram nenhuma ação no sentido de acessar os serviços de saúde, enquanto que aqueles que estão há mais tempo vislumbraram essa possibilidade. No trecho selecionados abaixo, uma jovem relata não ter conseguido atendimento de pediatria no posto próximo:

*“Não, eu fui até cobrar no posto que eu tinha direito aí, duas vezes, entrei duas vezes e, agora está escrito que quem só é do Bolsa-Família tem que ir duas vezes, aí eu estou esperando marcar, tem que levantar cedo, meu filho está doente e eu quero fazer o acompanhamento direito (...) então porque botar que tem que vir aqui duas vezes?”(grupo focal)*

Também foi relatado o trabalho desenvolvido no Sesi que é uma instituição federal, localizada no bairro de Paciência, o qual tem ações de saúde (atividades esportivas e atendimento clínico) voltadas principalmente para os trabalhadores da indústria. É considerada uma ilha de excelência, mas por conta da violência no entorno, tem baixa frequência. A população tem acesso a alguns serviços oferecidos, mas para os moradores de Vila Paciência continua praticamente inacessível por causa da comunidade Antares, controlada por uma facção rival.

Os moradores acessam com muita dificuldade os equipamentos públicos da região, dando preferência aqueles que ficam na área central. Logo a comunidade sempre demanda a construção dos mesmos dentro da localidade.

*“ na hora que pediram lá no dia, o quê que vamos fazer com a Casa da Paz? A necessidade maior deles é uma creche porque tem muita criança né, que eles não tem condição de acolher na creche tem ali, e a necessidade de um médico ali na área do imediatismo para cuidar da saúde.”(socióloga instituto estadual de assistência social).*

O CEDAPS tinha o interesse em aplicar o diagnóstico e anos depois reaplicar para ter um comparativo, mas a falta de recursos financeiros não permitiu esta etapa. Além disso, no que se refere ao acesso e uso dos serviços públicos, não foram definidos indicadores gerais que possam apontar para esse objetivo, apenas os dos planos locais de ação.

Outro ponto apresentado neste tópico foi a vinculação do serviço de saúde ao Programa Bolsa-Família. Na fala dos atores governamentais é fato que as famílias cadastradas passaram a acessar e usar os equipamentos públicos nas áreas de assistências social, educação e saúde, porém a participação é condicionada ao pagamento da bolsa-auxílio, o que foi relatado por um ator governamental, que utiliza este programa como artifício para estimular a frequência da criança, sob pena da família perder o auxílio. Por outro lado, muitas pessoas estão acessando o serviço pela primeira vez, o que demonstra os avanços desta ação governamental.

*“Há muita gente que está vindo agora, acessando a saúde porque é obrigada, é uma condicionalidade (...) o índice de caderneta de vacinação atrasada é muito grande. Tem crianças que na caderneta só tem a campanha. A gente pára a mãe que não tem nenhuma vacina, aí tem que vacinar aquela criançada toda.”(coord. centro de estudos de unidade de saúde)*

Um fator que vem dificultando o acesso dos moradores aos serviços é o transporte. Apenas a kombi entra na comunidade. Já existiu uma linha de ônibus que ia até o centro da cidade, mas por conta de prejuízos, as empresas não têm mais interesse em retomar o investimento. Fora isso, o sistema de transporte nesta região é quase todo vinculado ao sistema de vans e kombis, então é mais difícil para o morador que precisa acessar algum serviço público, como hospital ou INSS. Como o sistema na prática é mais privado do que público, mesmo para aqueles que têm a gratuidade do cartão de transporte Riocard, como idosos e estudantes, na região não faz muita diferença.

## Capítulo 4

### LIMITES, POSSIBILIDADES E ALCANCES

Nas entrevistas e grupo focal realizados com os participantes desta Iniciativa em Promoção da Saúde e desenvolvimento local, buscou-se analisar a opinião dos atores governamentais, não-governamentais e comunitários em relação aos limites, as possibilidades e os alcances da Iniciativa de Vila Paciência.

Programas, projetos ou iniciativas requerem capacidade estrutural do implementador para acompanhar o desenvolvimento das ações. Neste sentido, o CEDAPS enfrentou dificuldades como a inconstância de recursos financeiros para o fomento das atividades numa região longe da sua sede, localizada no centro do Rio de Janeiro. O longo deslocamento de profissionais e equipamentos implicou num gasto e desgaste adicional para realizar a assessoria técnica na comunidade. Mesmo com as várias tentativas na busca de recursos financeiros, a direção do CEDAPS não conseguiu apoios diretos para a Iniciativa, apenas às atividades específicas, como a realização do diagnóstico local, a implementação da estratégia Núcleos Comunitários de Prevenção das DST/Aids, e a capacitação através do seminário metodológico Construção Compartilhada de Soluções em Saúde. Além disso, a característica desta metodologia não é ter recursos financeiros para subsidiar diretamente o desenvolvimento dos planos.

A fragilidade da agenda de desenvolvimento local construída no seminário foi outro limite à implementação dos planos locais e dos projetos. Para o CEDAPS, este momento trouxe o dilema de continuar investindo numa iniciativa comunitária, apesar da perda de importantes parceiros políticos, especialmente a coordenação de saúde. Os acordos verbais pactuados não foram cumpridos, desde recursos materiais a compromissos para as atividades, o que desmobilizou os participantes:

*“Mas eu fiquei afastado (...) meio desesperançoso no início por causa da falta de recurso, porque a gente não conseguia, a gente mexeu com a sub-prefeitura, com várias instituições, gostaram muito do projeto, mas a viabilidade não acontecia.”(direção ONG local).*

A dificuldade na articulação com os setores privado e governamental inviabilizou parcerias de peso político para a Iniciativa, o que influenciou sobremaneira no alcance dos resultados. A alternativa escolhida foi o investimento institucional direcionado aos moradores, que desde o início mantiveram o apoio às ações e aos projetos na comunidade. No entanto, o empenho na mobilização e participação social esbarrou na pouca capilaridade do tecido social comunitário. A representação formal,



que seria a associação de moradores, nunca se manteve constante ao longo dos anos. Estas foram destituídas, seja por corrupção ou imposição do tráfico de drogas. No início deste trabalho, outras comunidades mais fáceis de se trabalhar foram identificadas, mas prevaleceu a indicação do GG/ISC para a focalização nesta localidade.

*“aí foi escolhida Vila Paciência muito em função das opiniões do próprio grupo gestor que conhecia a área e em função da precariedade das condições de vida lá, da comunidade e esse foi o nosso segundo erro na verdade, a gente primeiro pegou um território grande demais e em segundo pegou um território pobre demais, miserável demais, problemático demais.”(coordenação regional SMS/RJ)*

O clima de opressão trouxe grandes desafios para a implementação das ações, que vêm da presença permanente do tráfico e suas leis numa dinâmica perversa, e da coerção do Estado, na expressão de um corpo político local permeado por interesses pessoais, o que não vem permitindo o desenvolvimento social da região.

*“um território onde a opressão era a grande marca da comunidade, opressão que vinha de todos os lados (...) a própria escola funcionava como um elemento de opressão da comunidade, coisa poucas vezes vista.”(presidente ONG)*

Segundo a direção do CEDAPS, a escola foi o ponto de entrada para o trabalho na comunidade, mas a relação estabelecida foi profundamente ambígua. Sua ex-diretora tinha uma postura muito autoritária, ao mesmo tempo em que inspirava admiração, já que a escola era limpa, bem equipada e com alimentação que abrangia um grande número de moradores, isto é, além do corpo discente da escola.

*“a escola tinha sempre uma ameaça no ar de que “se vocês não se comportarem direitinho a gente põe vocês para fora daqui”, sempre lidava com essa permanente ameaça, (...) e isso foi um dos grandes limitadores do programa na verdade né, a própria permissão para estar na comunidade tinha que pedir a [ex-diretora da escola] porque ela estava conectada com os agentes do tráfico.”(presidente ONG)*

Além disso, os moradores reconheciam a escola como a principal política pública que ocorria ali, funcionando como um pólo de multi-serviços. Os profissionais de diferentes áreas sabiam que ela *“não era uma pessoa que primava pelos métodos tradicionais de ensino, negociação de conflitos não era o estilo dela não.”(presidente ONG)*. Após a sua saída, o perfil da escola mudou, mas o período em que permaneceu à frente da direção foi determinante para o desenvolvimento das ações na Iniciativa.

A influência do tráfico de drogas na dinâmica local não é exclusividade do bairro de Santa Cruz, apenas mais um exemplo do que acontece em várias regiões do

Rio de Janeiro. O que torna a situação mais dramática é a gestão das casas, que são de propriedade do Estado, onde a entrada e saída dos moradores destas habitações é controlada pelo tráfico. A pressão pela ocupação pode ser em função da fixação da “boca de fumo”, ou ainda para a moradia de familiares ou companheiras dos traficantes. Esta situação chegou a tal ponto, que a maioria dos moradores e profissionais que trabalham no local, direta ou indiretamente, fazem referência a esta organização criminosa, seja para resolver problemas internos ou prestar contas de suas atividades, gerando desconforto, principalmente para aqueles que trabalham na comunidade:

*“É total influência negativa porque realmente eles passaram a ser comando, comando que comanda (...) é duro, é duro você ver a confiança que o morador tem ainda no movimento.”( socióloga instituto estadual de assistência social)*

Para amenizar o estresse gerado pela opressão, algumas estratégias vêm sendo utilizadas para que as atividades não sejam interrompidas, como concentrar os eventos no meio da semana e durante o dia, e manter uma agenda atualizada de telefones, o que favoreceu a criação de uma rede de contatos para a circulação mais rápida das informações, como aponta o ator governamental: *“antes a população de baixa renda não tinha telefone, hoje muitos tem né, a maioria tem, elas telefonam, telefonam para mim.”* Assim, os técnicos de campo eram informados em tempo real de algum confronto entre a polícia e traficantes ou entre as próprias facções.

Os limites impostos pelo tráfico são barreiras para qualquer tipo de implementação das intervenções planejadas. Tanto a coordenação de saúde quanto de assistência social reconheceram esta influência nos programas e projetos sociais implantados. No momento deste estudo, não havia nenhuma unidade ou programa de saúde dentro da comunidade, mas os moradores relataram muitas dificuldades para acessar as unidades que estão no entorno, pelos motivos já explicitados.

A coordenação de assistência social, pelo período de um ano, teve que mudar a sede de acompanhamento social da comunidade para o Centro de Santa Cruz, pois a unidade de referência que está localizada no bairro de Paciência, por conta do tráfico, ficou impedida de receber famílias oriundas de Vila Paciência. No início de 2007, o comando do tráfico na região foi substituído pelas milícias, o que permitiu a volta do atendimento social no bairro de Paciência. Caso haja nova mudança imposta pelo comando do tráfico local, o objetivo será manter o trabalho respeitando a divisão territorial construída pela prefeitura. No entanto, é claro o desafio colocado para as políticas públicas no enfrentamento desta questão:

*“anteriormente a gente foi obrigada a mudar mesmo, não podia entrar ninguém de Vila Paciência no CRAS Helenice, mas hoje não tem mais esse problema, se voltar a gente vai tentar segurar isso né, realmente a gente vai tentar não mudar isso.”(coordenação regional SMAS/RJ)*

Para a educação, a situação não é diferente. Se o aluno quiser concluir o ensino fundamental e médio, tem que correr o risco de transpor as fronteiras invisíveis da violência ou se conformar com a baixa escolaridade, dado apontado pelo diagnóstico local.

O fato de morar numa comunidade violenta e que é rival das outras em volta, restringe o acesso aos serviços públicos da região, principalmente para aquelas pessoas que tem vínculos familiares com o tráfico de drogas. As comunidades do entorno que fazem fronteira geográfica com Vila Paciência têm ou acessam com mais facilidade os equipamentos da região.

*“Porque nessa comunidade pode entrar qualquer um de qualquer lugar, não é o que acontece com as pessoas daqui, que chega num lugar e dizem assim: Não, você mora no Aço. Você é logo hostilizado, entendeu? Imagine à noite na escola, se de dia acontece, né?”(direção creche municipal)*

As poucas relações de confiança entre os moradores, e deles com os agentes externos, foi outro desafio posto para a Iniciativa desde o início. A postura do morador que condiciona a sua participação a ganhos materiais foi presente nas atividades, contribuindo para o esvaziamento, ao longo do tempo, das grandes ações de mobilização. Observou-se esta dificuldade na composição do grupo de trabalho para a cozinha comunitária. Diante desta perspectiva de renda, a fase de cadastramento captou mais de 150 pessoas, mas à medida em que as pessoas tomavam ciência de que o projeto não previa pagamento de bolsa-auxílio, a frequência foi caindo continuamente, o que caracterizou um processo de seleção natural para a conformação do grupo final.

No grupo focal com atores comunitários foi discutido o tipo de participação em projetos sociais. A crítica ao governo se refere a ênfase no investimento em projetos sociais, principalmente de profissionalização, em detrimento de uma política clara de geração de emprego e renda. Mesmo assim, defendem tais projetos por ser uma alternativa de sobrevivência.

*“Não, não é só receber dinheiro. Eu acho que a maioria quando vai participar não pensa nem no conteúdo do projeto. Pensa, primeiramente: ‘tenho um dinheiro pra ajudar em casa’(...) E o pior é que se inscreve um montão, fica um mês, vê que não vai dar nada, vai saindo todo mundo.”(grupo focal)*

*“Traz um projeto pra favela: ‘Será que vai dar dinheiro?’ E, isso eu acho que é uma coisa que impõe a gente através do governo, o governo que faz a maioria das pessoas pensarem assim. (...)É a necessidade do povo. Não é que o povo é interesseiro, é necessidade mesmo, tem gente boa.”(grupo focal)*

Na Iniciativa de Vila Paciência a expectativa não foi diferente. A maioria das ações não tinha recursos para pagamento aos moradores. Uma das poucas atividades que incluiu a concessão de uma bolsa foi para dois grupos juvenis. O primeiro trabalhou na recreação infantil, onde o aspecto de conscientização da família para um melhor cuidado com os seus filhos foi um resultado positivo, segundo avaliação destes jovens. O segundo foi capacitado em construção civil, com a inscrição de 100 rapazes para 15 vagas, onde o despertar para o mercado de trabalho foi colocado como resultado, na avaliação deste grupo.

*“os jovens foram chamados, foram justamente da comunidade, aqueles que estavam com mais necessidade de uma inclusão, que vinham muito envolvidos, mas mesmo assim eles foram incluídos na construção da Cozinha.” (instituição religiosa)*

O grupo de mulheres formado para trabalhar na cozinha, não recebeu bolsa, apenas apoio técnico e insumos para a produção. As atividades voltadas para educação em saúde atraíram um público bem menor, mas com perfil diferente. Em sua grande maioria constituído por mulheres, e com maior motivação para o trabalho social.

No que diz respeito às possibilidades, todos os três grupos entrevistados apontaram os encaminhamentos para os cursos e as diversas capacitações no âmbito da Iniciativa, com destaque para a metodologia de construção dos planos de ação, como elementos positivos na implementação das atividades. Também definida como tecnologia social, a Construção Compartilhada de Soluções em Saúde trabalhou na capacitação das pessoas para que elas levantassem e focalizassem os problemas comunitários mais importantes e identificassem seus principais recursos para a confecção de um plano de ação. Ainda foi colocada a forma de construção técnica através de uma linguagem simples, clara e prática, com a possibilidade de replicar as técnicas em outros ambientes de trabalho. Outros citaram o fato de terem vivenciado essa experiência, com a oportunidade de comentar suas próprias idéias e a possibilidade de desenvolver pequenas ações para alcançar um objetivo maior. O acompanhamento realizado pela equipe técnica do CEDAPS também foi colocado como aspecto positivo deste trabalho.

*“eu acho que a idéia de usar o recurso que tem para melhorar a situação, vai ser fantástico. Eu aprendi isso no seminário, essa idéia que a gente levanta os problemas que a gente detecta e ver como que poderia ser solucionado, quem poderia ajudar a resolver o problema, é uma coisa que a gente acaba botando na prática, no nosso cotidiano, mas você planejar isso, aí fica bem mais fácil.”(direção ONG local)*

Outro ponto observado pelos profissionais da ONG foi a habilidade desenvolvida nas articulações locais, que se notabilizou como um grande aprendizado para a instituição ao buscar o melhor momento de avançar ou recuar neste jogo de intenções que faz parte de uma iniciativa pública. A espera, às vezes, foi necessária para seguir um pouco mais a frente, como aponta o ator não-governamental:

*“isso foi típico com a [ex-diretora], diversas vezes a gente teve que segurar um pouco as nossas ações porque as relações iam se deteriorar, não só com [ex-diretora], mas de outras pessoas, dos atores locais entre si, você tem que ter recuos e avanços, tem que ter muita, uma espécie de sabedoria pra poder avançar.”(presidente ONG)*

A trajetória na implementação desta iniciativa favoreceu o crescimento institucional do CEDAPS, como a inserção em redes de trabalho voltadas para o aprimoramento de políticas públicas, como a PNPS. Neste sentido, o implementador não é só aquele que executa, mas que ao se envolver e tomar para si a implementação da política, em alguma medida também a reorienta.

A constância e o compromisso da instituição ao longo desses anos também foram citados como positivos para a continuidade das ações. Uma equipe técnica presente, coesa e com perfil ou habilidades de trabalho comunitário favoreceu o acompanhamento dos planos locais de ação indo a comunidade semanalmente e apoiando a execução dos mesmos:

*“Essa participação dos profissionais, porque toda semana nós tínhamos a visita, ou a cada quinze dias, de um profissional do CEDAPS que a comunidade sabia: -Ah! Vai vir a Psicóloga fulana, vai vir a Assistente Social Fulana. Quer dizer, sabiam se era a Assistente Social ou a Psicóloga que vinha; de qualquer forma, a gente podia apresentar as dificuldades; algumas capacitações que aconteceram.”(coord. centro de estudos de unidade de saúde)*

Para os moradores, ter participado das ações da Iniciativa possibilitou maior conhecimento sobre as condições sociais da comunidade e base na busca de projetos de maior monta. O trabalho de apoio nutritivo desenvolvido na cozinha comunitária, a partir de 2006, e que está vinculada a Pastoral da Criança, é o resultado de dois planos elaborados no seminário em 2002. O objetivo desta cozinha, além da geração de renda local, é a produção de biscoitos nutritivos e pratos alternativos, a partir do

reaproveitamento e recombinação de gêneros alimentícios para as crianças e suas famílias que são atendidas pela Pastoral da Criança.

*“a presença do CEDAPS que foi através do CEDAPS que a gente conseguiu, que foi conseguido o financiamento do Criança Esperança para construir a Cozinha. Se fosse só a gente, a gente não ia conseguir.”(instituição religiosa)*

O processo de acompanhamento das atividades foi possível com uma fonte de recursos financeiros confiável, oriundos da Fundação Dreyfus até meados de 2005, e pela possibilidade dada ao CEDAPS de flexibilizar o seu direcionamento para as atividades comunitárias.

As parcerias, não em quantidade, mas em diversidade foram importantes para a sustentabilidade das ações, segundo alguns entrevistados. Neste sentido, Jacobi<sup>114</sup> aponta para a possibilidade de replicabilidade em diferentes contextos quando a intervenção é favorecida pelo *“insumo de capital social e articulação entre os diversos atores sociais”*.

No grupo focal realizado com os moradores, a conscientização sobre as condições de vida locais a partir das capacitações (diagnóstico, planos locais de ação) reforçou o objetivo desenhado pela instituição em 2001, quando perdeu força política com a saída de atores governamentais, principalmente da coordenação de saúde, e apostou no morador como importante ator na busca de melhores condições para a comunidade. Os eventos comunitários (reuniões, feiras, encontros), principalmente na rua, também foram citados como pontos positivos da Iniciativa, porque possibilitaram que os moradores olhassem para o futuro da comunidade através de ações coletivas e a convivência de pessoas que nunca tiveram contato anteriormente.

O fato deles terem aceitado a proposta foi positivo para a Iniciativa, de acordo com a fala do ator governamental:

*“O CEDAPS chegou de uma maneira, não tem ninguém daqui, todo mundo de fora, né? Todo mundo com uma aparência muito diferente dos daqui e, todos foram muito bem recebidos e todos continuaram aí fazendo trabalhos. Eu acho que essa comunidade apóia todo mundo que vem para ajudar, porque aqui é uma comunidade acostumada a receber.”(direção creche municipal)*

Para o SOLTEC a divulgação desta experiência em eventos internos da UFRJ trouxe visibilidade institucional e atraiu novos programas e estagiários, alguns com bolsas de estudo, para o acompanhamento das atividades. Vale ressaltar que um aluno

ingressou no doutorado em Engenharia de Produção, em 2008, tendo como objeto de estudo a implantação do projeto de urbanização em Vila Paciência.

A intermediação do CEDAPS, entre os moradores e a equipe técnica do SOLTEC, foi importante para a entrada deste novo e potencial parceiro da Iniciativa. No início, os estudantes só entravam acompanhados dos técnicos de campo até que se os moradores se habituassem com a sua presença.

O processo de fortalecimento de um grupo comunitário oriundo da comunidade vem enfrentando dificuldades, principalmente em função do perfil individualista de alguns moradores. Mesmo assim, pequenos avanços estão sendo alcançados, principalmente a partir da intenção da UFRJ na implantação de um projeto habitacional, o que vem mobilizando um contingente crescente de moradores e favorecendo a discussão de questões coletivas, como a abertura do centro social estadual.

*“a gente conseguiu numa comunidade com capital social muito baixo né, onde qualquer liderança que levantava a cabeça um pouquinho era decepada virtualmente né, literalmente, eram expulsos, as pessoas eram expulsas da comunidade por tentar articular algum tipo de movimento ali dentro, onde tinha muita desconfiança, muito medo, onde é havia total abandono das pessoas.”(presidente ONG)*

Desta forma, é possível supor que quanto mais uma comunidade se aproximar do ideal de capital social, melhor será o desempenho das instituições governamentais e conseqüentemente o desenvolvimento social. Para Fernandes<sup>115</sup>, a valorização das conexões entre indivíduos e redes sociais, normas de reciprocidade e confiança, aumentarão a produção de capital físico e capital humano.

Neste sentido, Labra<sup>112</sup> aponta que cabe a análise do legado histórico de uma dada região, pois permite observar se houve um acúmulo de experiências exitosas de união e cooperação entre os cidadãos e as instituições governamentais em prol de uma confiança recíproca. Tais relações sociais podem ser maiores ou menores em um dado período, o que configura o capital social como um ciclo virtuoso ou vicioso. A cooperação voluntária é resultado da confiança depositada e vice-versa, logo, quanto mais elevado o seu nível, maior será a acumulação de capital social. Em contextos mais complexos, a confiança pessoal deve se transformar em confiança social, a partir das *regras de reciprocidade* associadas a um amplo sistema de intercâmbio social e *sistemas de participação cívica*, tais como as associações comunitárias, as cooperativas e os partidos de massa.

Mesmo tendo como objetivo o trabalho em rede, as iniciativas individuais ganharam destaque e foram bem sucedidas, inclusive com a continuação de algumas

ações como as de prevenção das DST/Aids. Pode-se dizer que a comunidade hoje em dia é um pouco menos fragmentada, com a participação de alguns moradores em instâncias coletivas, como a Rede de Comunidades Saudáveis, o Conselho Distrital de Saúde e fóruns comunitários da zona oeste. Dos projetos desenvolvidos o grupo que trabalhou junto a Pastoral da Criança foi fortalecido, inclusive com a construção da cozinha comunitária. Alguns jovens capacitados conseguiram a inserção em outros projetos sociais e empregos.

O contínuo direcionamento de atenção e recursos para Vila Paciência por parte do CEDAPS favoreceu o estabelecimento da parceria com UFRJ, através do SOLTEC, o que trouxe boas perspectivas de trabalho, devido a potencialidade desta instituição de ensino em trazer mais parceiros de peso, como o Governo do Estado e a Caixa Econômica Federal. Para 2008 o que se espera é *“uma retomada importante da Iniciativa com recursos externos muito significativos”*. (presidente ONG)

A sistematização desta prática realizada por uma organização da sociedade civil implicou na cultura de avaliação institucional, pois favoreceu sua disseminação em diferentes áreas do conhecimento, visando a sustentabilidade das ações.

Apesar da Iniciativa ter sido desenvolvida na comunidade como um todo, alguns grupos foram mais beneficiados diretamente do que outros, como o segmento juvenil. Da primeira capacitação em empreendedorismo, muitos jovens vieram a compor o grupo de agentes de desenvolvimento que atuaram no diagnóstico comunitário participativo. Em seguida, várias ações com recreação infantil, sendo que num dado momento os jovens foram capacitados para atuarem diretamente com as crianças, supervisionados por monitores locais. O trabalho do núcleo também realizou várias capacitações no sentido de formar multiplicadores para as ações em saúde, esporte e lazer. O segundo grupo mais atingido pelas ações da Iniciativa foi o das mulheres, tanto na recreação quanto na área profissional da cozinha. O terceiro grupo foi o das crianças, que mais participaram das atividades realizadas pela comunidade.

Teve um forte trabalho de capacitação na prevenção de HIV/Aids e sexualidade, reflexo da atuação bastante presente da instituição neste campo. Segundo relatório técnico do CEDAPS as estratégias desempenhadas pelos moradores, definidos como agentes comunitários de prevenção estão voltadas para educação em saúde, e buscam a melhoria na capacidade de levar informação aos moradores, mudanças no auto-cuidado com o uso de preservativos e procura pelos serviços de saúde. Outro trabalho realizado com jovens recreadores foi a introdução da temática sobre o cuidado materno no planejamento das atividades, visto que quase todo o grupo de 15 jovens com idade entre



18 e 24 anos já eram pais. O trabalho com as crianças foi um aspecto positivo apontado por esse grupo.

Passados cinco anos desde o início da Iniciativa de Vila Paciência, a avaliação desta experiência tem apresentado avanços, apesar das dificuldades já assinaladas. Neste sentido, a elevação da auto-estima dos moradores foi citada pelos três segmentos entrevistados. Os atores comunitários sugeriram a expansão das ações envolvendo cada vez mais os moradores, para em seguida buscar o próprio governo.

*“Uma avaliação que eu fiz na época, é uma avaliação que eu tenho hoje; muitas pessoas que passaram pela Iniciativa que estão de alguma maneira, ligadas, muda a visão de mundo delas, mudam aquele relacionamento que tem com a comunidade, a pessoa tem uma auto-estima e; a idéia de integração com outras comunidades.” (direção ONG local)*

*“Através da Iniciativa muitos moradores aqui se conscientizaram e está fazendo alguma coisa pela sua comunidade, né? Aqui já teve o mutirão do lixo, eu participei (...) Não foi só o lado ruim, teve muita coisa boa também.”(grupo focal)*

*“E, através disso daqui tive muitos contatos, até hoje os cursos que eu estou fazendo é através (...) depois que eu comecei a fazer o trabalho aqui, tudo que é curso o CEDAPS me encaminhava e, eu hoje agradeço muito por eu estar aqui, por que senão eu não estaria no curso que eu estou hoje (...) é uma coisa muito boa e, tudo começou aqui, na Iniciativa de Vila Paciência.”(grupo focal)*

Para alguns atores governamentais vinculados a saúde, o aprendizado adquirido foi trabalhar os preceitos da Promoção da Saúde na comunidade, pois têm pouco contato com esta temática na formação universitária:

*“a gente é formado só para fazer assistência e isso é uma parte muito pequena da saúde das pessoas e a gente aprende muito com as pessoas né (...) realmente sai muito mais rico mesmo de experiências assim, é muito como é que se diz? Gratificante pra gente tá aprendendo a trabalhar com essas questões.”(representação universidade pública)*

Segundo os entrevistados, a comunidade é esquecida e que, por isso, precisa ser lembrada. Neste sentido, a Iniciativa de Vila Paciência vem contribuindo para uma maior visibilidade desta localidade frente ao poder público, a partir da articulação de alguns atores com as instâncias do sistema de saúde local, o que pode favorecer, segundo Jacobi<sup>114</sup>, *“o processo de democratização da gestão pública”*.

No trabalho com idosos, o ator governamental conseguiu sensibilizar uma funcionária para maior atenção do posto de saúde para ações específicas, o que pode abrir caminho para futuras articulações.

*“a vacina do velho já é levada lá pra dentro, elas fazem no posto, mas vai também no dia que vão vacinar as minhas idosas, então a gente faz uma chamada e vão todos que têm mais de sessenta, pô isso é uma visão diferenciada né (...) Não tinha isso antes.” (socióloga instituto estadual de assistência social)*

A Iniciativa de Vila Paciência não tinha como meta a realização de trabalhos em grupos específicos, mas espontaneamente as mulheres e as crianças foram os que mais participaram, através dos planos de ação elaborados no seminário. Após a focalização das atividades em função da saída de recursos da Fundação Dreyfus e manutenção das atividades por conta de projetos específicos, o público ficou bastante restrito aos jovens. As mulheres também tiveram uma participação flutuante, com a presença quase sempre das mesmas pessoas, o que pode indicar o uso da informação como forma de obter mais vantagens.

O trabalho de prevenção vem da história do CEDAPS, que direcionou o foco para a questão da vulnerabilidade às DST/Aids nos segmentos populares em seus projetos comunitários. Em 1996, foi feito um convênio com o Ministério da Saúde para se implantar o Projeto Núcleos Comunitários de Prevenção às DST/Aids, definidos como espaços abertos na comunidade com algum apoio material (televisão, vídeo, insumos), para que uma liderança, ou alguém que se voluntariasse, pudesse fazer o trabalho educativo dentro da comunidade, e assim foi feito em Vila Paciência, no ano de 2001. Esse trabalho já ganhou contornos diferentes ao longo desses anos, já mudou de pessoas e de lugar, mas nunca parou. O trabalho é uma referência educativa para a comunidade, na medida em que os moradores sabem e fazem uso do acesso ao preservativo e das informações para o cuidado em saúde.

O objetivo da ONG, explicitado na sua missão institucional foi contribuir para a formulação ou aperfeiçoamento de políticas públicas. Desde a sua fundação, sempre trabalhou em parceria com o ator governamental, principalmente com projetos na área da saúde. Os profissionais ligados a direção do CEDAPS acumularam um grande conhecimento no desenvolvimento de iniciativas comunitárias, o que repercutiu para o sucesso destas experiências. Estudo realizado na região de Ontario, Canadá, por Boutilier<sup>68</sup>, buscou indicadores de sucesso da ação comunitária em saúde pública, com destaque para a participação dos membros por um período prolongado, e a saída de participantes para outros projetos após desenvolvimento de aptidões e competências.

Ao longo da trajetória de intervenção foi possível observar que a implementação conduzida pelo CEDAPS teve um alcance limitado nos seus objetivos, muito em função

das dificuldades de operacionalizar metas amplas, e muito além da capacidade estrutural e política de uma organização da sociedade civil.

Na medida em que não se conseguiu a adesão de parceiros políticos externos, a Iniciativa não rompeu com o clientelismo da política local e, assim, como o movimento comunitário, ficou isolada de outras ações desenvolvidas na região de Santa Cruz.

No reconhecimento dos limites, a direção se reorganizou internamente e mudou a lógica de desenvolvimento comunitário, partindo de uma atuação local, mas que muitas vezes não era integrado, para uma ação mais temática, na perspectiva de comunidades saudáveis, como sinalizou a direção:

*“na estrutura do CEDAPS tinha esse trabalho de desenvolvimento local e tinha toda a assessoria que é a Rede, com várias comunidades e tal, então assim não seria possível replicar esse mesmo processo em cada uma das comunidades, daí a gente inverteu um pouco a lógica e tratou de tratar como uma rede o processo todo.” (coord. geral ONG)*

Esta inflexão na mobilização e participação social foi presente no período de 2005 a 2006, com atividades pontuais e limitadas aos jovens, segmento este prioritário dos projetos específicos que a ONG conseguiu realizar na comunidade, além das atividades do Núcleo.

O cenário voltou a mudar a partir do interesse da UFRJ num projeto específico na área de qualificação profissional. Este ator governamental integrou a equipe de trabalho na comunidade e gradativamente passou a participar cada vez mais da vida comunitária local, ao estimular, juntamente com o CEDAPS, a formação e consolidação de um comitê de desenvolvimento local. Vários moradores que já tinham participado de grupos comunitários formados anteriormente e novos moradores passaram a participar desta nova conformação. Com a conclusão do projeto de qualificação profissional, a UFRJ passou a visualizar outra área de atuação na localidade: a habitação.

As atividades se concentraram na mobilização comunitária em prol do apoio ao projeto e a busca de recursos financeiros para a reforma das casas e sensibilização do governo do Estado para a legalização fundiária aos seus moradores.

Ao longo de 2007 esta foi a principal atividade realizada com encontros quinzenais entre os moradores, e mensais com a presença da UFRJ e do CEDAPS. O que se observou é que com a finalização e não renovação de recursos para as atividades na comunidade ocorreu uma retração na frequência e participação da ONG. Já a UFRJ passou a investir cada vez mais através de seus recursos institucionais, isto é, projeto de educação para jovens e adultos e bolsistas, principalmente da área de engenharia. Este

direcionamento de recursos da UFRJ é similar ao realizado pelo CEDAPS no começo da Iniciativa, sendo que as articulações passaram do nível municipal para o estadual.

Gradativamente a UFRJ passa a ser o principal articulador, tanto internamente quanto externamente, das ações para a comunidade, enquanto que o CEDAPS passa a apoiar e acompanhar as atividades realizadas.

Com a experiência adquirida através da implementação da Iniciativa, o CEDAPS agregou alguns dos seus elementos, como a valorização do território, a construção de diagnósticos sociais e agendas de desenvolvimento, na formação e consolidação da Rede de Comunidades Saudáveis do Estado do Rio de Janeiro, a partir de 2005. É importante destacar que muitos moradores ingressaram na Rede, sendo o Grupo de Mulheres de Vila Paciência seu principal representante.

Desde então o CEDAPS vem buscando parcerias e recursos para a continuidade desta experiência. Também permitiu maior visibilidade institucional, principalmente a partir da publicação de uma intervenção sistematizada em congressos e arenas de decisão política.

A Rede de Comunidades Saudáveis do Estado do Rio de Janeiro<sup>117</sup> é uma iniciativa social que busca promover a saúde e a equidade, através do desenvolvimento da comunidade. A inspiração veio do Movimento Internacional de Cidades Saudáveis, e foi lançada em 2005 com a constituição de um conjunto, que em 2007 atingiu 100 representações, de associações comunitárias de base em atuação em favelas e bairros de periferia, com apoio da Fundação Dreyfus, Ministério da Saúde, Organização Pan-americana de Saúde – OPAS, Fundação Ford, universidades e ONGs.

A constatação de que as políticas públicas dirigidas para comunidades pobres são escassas e quase sempre implementadas sem levar em conta as necessidades locais impulsionou a ação social na busca de oportunidades de participação comunitária em arenas de decisão sobre programas que os afetam diretamente.

Os objetivos gerais foram definidos como: fortalecer cada um dos grupos comunitários, através da capacitação, sistematização das ações, encontros e troca de experiências; aumentar a visibilidade das ações positivas e saudáveis realizadas por comunidade populares; e reforçar as capacidades do movimento social para defesa do direito à saúde e para negociação de programas e políticas públicas saudáveis para seus territórios. A Rede representa um marco importante de como populações pobres podem se organizar de forma coletiva e participativa, de modo a influenciar a política pública e buscar melhores condições de vida em suas localidades.

A experiência descrita reflete a importância do componente da avaliação para consolidar o campo da Promoção da Saúde, pois favorece o entendimento de que a natureza complexa e inovadora destas intervenções favorece a realização de iniciativas e programas com ênfase na interdisciplinaridade e formulação de agendas de desenvolvimento locais, participativas e integradas. Neste sentido, esta experiência trouxe aprendizados institucionais que podem contribuir para outras iniciativas, onde cada contexto vai abrir alternativas singulares.

Para Carvalho et al<sup>62</sup>, a abordagem “*realista*” em estudos de implementação ou efetividade de programas sociais é interessante ao colocar o potencial para generalização das lições aprendidas em mudanças sociais mais próximo às teorias subjacentes das intervenções do que elas próprias.

No que diz respeito a política pública, desde a constituição da Assessoria de Promoção da Saúde, no âmbito da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro, o CEDAPS vem fortalecendo a parceria, principalmente a partir da formalização de um termo de cooperação técnica para o desenvolvimento de projeto, voltados para maior articulação entre agentes jovens promotores de saúde e unidades de saúde de quatro regiões pobres do município. Como o trabalho foi iniciado em 2007, ainda não foi possível realizar avaliação desta ação.

No âmbito da Iniciativa de Vila Paciência, a partir da possibilidade de implantação da Estratégia Saúde da Família na comunidade em meados de 2008, no espaço cedido pelo Estado, a coordenação de saúde informou que vai incorporar as ações já desenvolvidas ou em andamento. Neste sentido, será importante a atuação do CEDAPS na aproximação de novos atores ao cenário local, à esfera municipal de saúde, à ação social do Estado, e ao nível federal através da universidade, tendo a comunidade como parceira das ações que serão desenvolvidas a partir de 2008.

Akerman<sup>52</sup> aponta que iniciativas similares vêm sendo desenvolvidas em contextos distintos no Brasil e na América Latina. Tais experiências (municípios saudáveis, escolas promotoras de saúde, segurança alimentar e nutricional, entre outros) evidenciam as possibilidades no campo da promoção da saúde e do desenvolvimento local. Dentre as potencialidades estas iniciativas podem ser incorporadas à gestão governamental e propiciar o capital social para o desenvolvimento social. Entre os desafios ainda há o que fazer aprimorar as estratégias implementadas que favoreçam ações intersetoriais, educação permanente, sustentabilidade dos processos e a construção de uma agenda comum.

Outro estudo avaliativo realizado no âmbito do DLIS-Manguinhos tem demonstrado que houve avanços e recuos, mas que principalmente “*a sustentabilidade política da proposta de DLIS não ocorreu, inviabilizando o pacto de uma agenda comum*”<sup>5</sup>. As dificuldades encontradas são perpassadas também pela violência, pela fragilidade do Estado e das associações a nível local. O principal ganho deste projeto foi uma maior compreensão de mobilização e organização das comunidades locais, considerada fator chave na facilitação ou não das ações de impacto na qualidade de vida da região.

Desta forma, as estratégias devem ter como premissa o contexto local, valorizando as necessidades dos participantes. Alguns estudos<sup>62,113,117</sup> apontam que intervenções de base comunitária colaboram para o maior envolvimento da comunidade em ações positivas de saúde e fortalecimento das redes de sociabilidade locais para a sustentabilidade das mudanças sociais, o que vai favorecer melhorias nas condições de vida. Para Becker et al<sup>116</sup>, tais intervenções podem contribuir em áreas temáticas como o combate a violência doméstica, a falta de atividades culturais e esportivas, a prevenção de doenças infecciosas e gravidez adolescente não planejada, controle de hipertensão e diabetes, melhor articulação com os serviços de saúde, e fomento a organização comunitária.

O principal desafio é avaliar e demonstrar mudanças sociais com tantas variáveis. Para se atingir metas amplas, como melhorar as condições sociais de uma dada localidade, é importante investir em processos sociais de longo prazo.

## **Capítulo 5**

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo buscou a compreensão dos limites e avanços na implementação de uma intervenção em Promoção da Saúde e desenvolvimento local: a Iniciativa de Vila Paciência. E principalmente os aprendizados obtidos, além da sua relação com a Política Nacional de Promoção da Saúde.

O campo da Promoção da Saúde vem adquirindo cada vez mais importância e densidade na discussão das políticas de saúde, motivando diversas abordagens avaliativas. O que se espera é a incorporação contínua da cultura de avaliação nos programas, projetos ou iniciativas implementados no país, o que vai favorecer a consolidação de tais atividades.

A avaliação é uma ferramenta importante para os atores sociais envolvidos, porque envolve a reflexão sistemática da prática social, e a possibilidade de dar visibilidade ao acúmulo de conhecimento advindo da implementação da intervenção. As evidências não são claramente percebidas, por isso a necessidade da perspectiva avaliativa para dar visibilidade a este processo.

No caso da Promoção da Saúde, é importante salientar que os modelos tradicionais de avaliação não dão conta porque a variável contextual é crucial para propostas desta natureza. Tais intervenções têm componentes internos que estão sempre relacionados a um determinado contexto, o que traz implicações para a produção de conhecimento e sua generalização. O estudo avaliativo vai mostrar o conhecimento adquirido em tal intervenção, quais os principais elementos válidos e fundamentais nesse processo social interno.

Deste processo de implementação é importante ressaltar os principais marcos que demarcaram a evolução desta intervenção ao longo do tempo. O primeiro se refere a entrada do próprio CEDAPS na região, a partir do desenvolvimento da Iniciativa de Santa Cruz, o que propiciou o desenho da intervenção em escala menor, na comunidade de Vila Paciência. O segundo marco foi a implantação da própria Iniciativa de Vila Paciência, com a realização de várias ações importantes, que culminaram com a construção da agenda de desenvolvimento local. O terceiro diz respeito a execução de projetos sociais específicos, em ciclos de dois anos de duração, em interação com o contexto local. E por fim, o nível de adesão, principalmente dos atores governamentais, em função dos processos políticos que vão reconfigurando as redes sociais locais.

Na trajetória da Iniciativa de Vila Paciência, houve uma interação real com a comunidade, pois sem isso não funcionaria. Se o processo de implementação fosse de caráter normativo, provavelmente não teria se sustentado ao longo dos tempo. As principais estratégias utilizadas para o alcance dos objetivos estão ancoradas em práticas educativas para o desenvolvimento juntamente com esses moradores, reforçando a ação comunitária. Pelo seu caráter participativo e reflexivo, foi importante a análise da “*responsiveness*”<sup>64</sup>, ou seja, como a Iniciativa respondeu e se modificou em resposta ao contexto local.

A meta desta iniciativa em Promoção da Saúde, na concepção dos seus formuladores e implementadores, vem sendo a busca pela sua institucionalização e reconhecimento, através da sua incorporação na agenda governamental. A procura pelas instâncias municipais, conselho distrital de saúde e Macrofunção de políticas sociais, foram os caminhos escolhidos e trilhados para sensibilizar o gestor público sobre o movimento cidades saudáveis. Na medida em que isso não se concretizou, a executora desta iniciativa, a organização da sociedade civil Centro de Promoção da Saúde, passou então a dar e buscar visibilidade para esta intervenção, de base comunitária, marcada por condições sociais muito precárias, através das ações desenvolvidas localmente.

Ao longo do tempo, com as dificuldades de transformar a Iniciativa numa ação governamental, o CEDAPS gradativamente mudou o perfil de intervenção em Promoção da Saúde, da lógica territorial para transversal. Isso se dá no reconhecimento da impossibilidade de replicar as ações de desenvolvimento nos moldes da Iniciativa de Vila Paciência em todas as comunidades ou bairros de periferia que são acompanhadas pela instituição. Atualmente o CEDAPS fomenta a Rede de Comunidades Saudáveis do Estado do Rio de Janeiro, em curso desde 2005 e que trabalha na perspectiva de Cidades/Comunidades Saudáveis. No entanto, a atuação do CEDAPS é de cooperação técnica com as lideranças comunitárias que aderem a Rede, e não na territorialização das ações.

Esta mudança de percurso no processo de implementação da Iniciativa de Vila Paciência, a partir dos aprendizados anteriores, reflete as possibilidades e os dilemas de operacionalização da PNPS, que foi promulgada em 2006, em diferentes contextos locais. Na elaboração da política, vários grupos de trabalho foram desenvolvidos para a discussão dos temas mais prioritários em Promoção da Saúde. A direção do CEDAPS se fez representada como grupo de interesse e participou deste momento com a sua bagagem de conhecimentos trazida pelo desenvolvimento da Iniciativa de Vila



Paciência. Elementos como o envolvimento da comunidade na perspectiva de intervenções *bottom up* foram as principais contribuições para a construção da política.

Segundo Lindblom<sup>118</sup>, o mais importante neste momento de concertação política é a possibilidade de um consenso entre os diferentes representantes. No redesenho da PNPS, o que favoreceu a sua reorientação foi o pacto entre esses grupos, normalmente com interesses divergentes, e com diferenciais de poder. Neste sentido, o interessante desta política foi a presença dos atores locais na sua conformação, onde os diferentes setores vinculados a saúde foram ouvidos, o que a caracteriza como intersetorial e transversal.

A própria criação da Assessoria de Promoção da Saúde do município do Rio de Janeiro ocorreu na perspectiva da transversalidade. Suas principais frentes de ação se remetem a segmentos populacionais, mulheres e jovens principalmente, e atividades temáticas. A formalização de uma instância voltada para a Promoção da Saúde é um avanço da operacionalização da política. Pela sua estruturação recente ainda não é possível analisar todas as ações em curso, o que provavelmente vai demandar estudos específicos neste campo.

O perfil deste novo ator no jogo político da implementação de iniciativas em Promoção da Saúde reflete como o município do Rio de Janeiro colocou em prática a política. A perspectiva do movimento cidades saudáveis não entrou na agenda governamental, pois para o gestor a estratégia saúde da família é que deve ser o espaço privilegiado para as ações de Promoção da Saúde. A idéia de território está muito presente no desenvolvimento do planejamento estratégico da cidade, o que pode refletir a ênfase nas concepções do projeto Agenda 21 Local, com muitos elementos em comum com o projeto de cidades saudáveis mais presente em cidades paulistanas.

Isso não significa que houve um fracasso do setor saúde em implementar iniciativas territoriais em Promoção da Saúde, apenas a tendência mais preeminente de uma estratégia a outra.

O Rio de Janeiro tem avanços interessantes no campo da Promoção da Saúde, principalmente no que diz respeito a Estratégia Saúde da Família, com crescente reconhecimento e valorização do trabalho desenvolvido pelas equipes. O que se espera é o investimento cada vez maior nesta estratégia de saúde pública.

Neste sentido, as instâncias municipais, como os conselhos de saúde e especialmente a Macrofunção de políticas sociais, tanto a nível central quanto regional, devem ser incrementadas. A valorização destes espaços de interlocução, procurando superar a cultura política de interesses que permeia estes canais da ação estatal, é de

vital importância para o aprimoramento da Política Nacional de Promoção da Saúde. Desta forma, é importante integrar e qualificar a participação de atores não-governamentais e privados na construção de uma agenda institucional. Ao mesmo tempo é importante favorecer maior discussão sobre a natureza de sua inserção. Ou seja, tais atores devem ser executores e financiadores de ações públicas? Eles devem ser co-gestores na construção de políticas públicas? Assim, mais estudos focalizados no jogo de intenções no momento da agenda serão importantes para uma melhor compreensão destas questões e da sustentabilidade das ações implementadas. Além disso, na medida em que se potencializa tais espaços, tendo as organizações comunitárias (associações de moradores) como parceiras, que se crie as condições políticas favoráveis para a execução de ações sociais, visando a redução das iniquidades sociais.

Merece atenção a participação de instituições de ensino, como a universidade pública, em projetos de pesquisa e extensão que favorecem o aprimoramento das intervenções em curso de Promoção da Saúde e a captação de novos parceiros. A aliança permite o enriquecimento tanto das intervenções, que são renovadas com os conhecimentos trazidos pela instituição de ensino, quanto da reflexão crítica sobre a necessidade de adequação dos currículos e estágios escolares à dinâmica social. Fora isso, parece não carregar o descrédito que parte da população tem com relação ao ator governamental, o que renova as relações sociais, por vezes impregnada por círculos viciosos entre os participantes locais.

Deste modo, este estudo aponta que, os principais resultados desta intervenção em Promoção da Saúde na dimensão da equidade, dizem respeito a diminuição do estigma dos moradores envolvidos no processo, e maior vocalização de suas demandas para o poder público, expressadas pela participação social na construção de uma agenda pública para o desenvolvimento local. E que, no cenário caracterizado pelo acesso precário aos serviços de saúde, as iniciativas locais contribuíram, sobremaneira, para o maior nível de informação dos moradores sobre as ações de saúde. Assim, propiciou a construção de “pontes” entre a comunidade e os serviços de saúde através das lideranças. Tais elementos são fundamentais para se promover o direito à saúde.

Na dimensão da sustentabilidade, observa-se a importância do compromisso político dos atores envolvidos nas ações implementadas, e suas implicações no nível de adesão. Além disso, a criação de novos espaços de gestão social e repactuação da agenda pública vão permitir que as questões prioritárias sejam efetivamente trabalhadas e que os mecanismos de controle social sejam aprimorados. Desta forma, a intervenção de base comunitária de Vila Paciência colaborou para o maior envolvimento da

comunidade em ações de promoção da saúde e fortalecimento da rede de sociabilidade local para a sustentabilidade das mudanças sociais.

Compreendendo-se que a iniquidade social infringida aos segmentos populacionais mais pobres do município do Rio de Janeiro merece maior atenção por parte do poder público, considera-se a expectativa de ações mais integrais e integradas entre os diferentes setores da sociedade. Por conseqüência, maior visibilidade e fortalecimento da participação e mobilização social como elementos geradores de capital social nas intervenções de saúde pública.

A partir do exposto aqui, se torna possível a contribuição para os estudos avaliativos, no levantamento dos elementos constitutivos de intervenções em Promoção da Saúde. Sua principal utilidade diz respeito a compreensão da sua própria estruturação, discriminando as principais questões dos atores participantes da agenda de desenvolvimento local e dos mecanismos utilizados para a sua operacionalização. Neste cenário, a ênfase na agenda, com diversidade de atores, traz inovação a gestão pública.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996.
2. OPAS. 138ª Sesi3n del Comit3e Ejecutivo. Organizaci3n Panamericana de la Salud/Organizaci3n Mundial de la Salud. Washington D.C., EUA, 2006
3. Brasil/Minist3rio da Sa3de. Pol3tica Nacional de Promo33o da Sa3de. Bras3lia: editora MS, 2006. Dispon3vel em: Acesso 09 de abril de 2006.
4. Silva PLB, Costa NR. A avalia33o de programas p3blicos: reflex3es sobre a experi3ncia brasileira: relat3rio t3cnico. Bras3lia: IPEA, 2002.
5. Bodstein R et al. Avalia33o da implanta33o do programa de desenvolvimento integrado em Manguinhos: impasses na formula33o de uma agenda local. In: Ci3ncia & Sa3de Coletiva, 9 (3): 593-604, 2004.
6. Pawson R. Nothing as practical as a good theory. Evaluation 9 (4):471:490, 2003.
7. Rootman I et al. Evaluation in health promotion: principles and perspectives. World Health Organization, Copenhagen, 2001.
8. Amorim E, Blanco M. O 3ndice do Desenvolvimento Humano na Cidade do Rio de Janeiro. Cole33o Estudos da Cidade, dezembro de 2003.
9. Denis JL, Champagne F. An3lise da implanta33o. In Z Hartz (org). Avalia33o em sa3de: dos modelos conceituais 3 pr3tica na an3lise da implanta33o dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
10. Hartz Z. Avalia33o em Sa3de: dos Modelos Conceituais 3 Pr3tica na An3lise da Implanta33o de Programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
11. Bodstein R. Aten33o B3sica na Agenda de Sa3de. In: Ci3ncia & Sa3de Coletiva, 7 (3): p. 401-412, 2002.
12. Andrade L, Barreto I. Promo33o da Sa3de e Cidades/Munic3pios Saud3veis: propostas de articula33o entre sa3de e ambiente. In: Minayo, MCS (org.). Sa3de e Ambiente Sustent3vel: estreitando n3s. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
13. Restrepo HE. Antecedentes hist3ricos de la promoci3n de la salud. In: Restrepo HE, M3laga H (org.). Promoci3n de la salud: c3mo construir vida saludable. Editorial M3dica Panamericana. Bogot3, p.15-23, 2001.
14. Buss P. Promo33o da Sa3de e qualidade de vida. Ci3ncia & Sa3de Coletiva, 5(1):163-177, 2000.
15. Buss P. Uma Introdu33o ao Conceito de Promo33o da Sa3de. In: Czeresnia D, Freitas C (org.). Promo33o da Sa3de: conceitos, reflex3es, tend3ncias. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
16. Bell B, Kathryn J. Health promotion in Canada - a case study. Health Promotion International, Oxford University Press. Vol 13, 7-25, 1998.

17. Czeresnia D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: Czeresnia D, Freitas C (org). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
18. Fournier P. L'art et la science de la santé publique. In: Gerin M, Gosselin P, Cordier S, Viau C, Quenel P, Dewailly E. Diffusion Éditions Tec & Doc: 39-57, 2003. Paris, 1023 páginas.
19. Ridde V. Reducing social inequalities in health: public health, community health or health promotion? *Promotion & Education*, XIV (2): 63-67, 2007.
20. Lefevre F, Lefevre A. Promoção de Saúde. A negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.
21. Laverack G, Labonte R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy Plan* 15(3): 255-262, 2000.
22. Abenhaim L. Canicules. La santé publique en question. Paris, Fayard, 2003.
23. Nyamwaya D. Health promotion in Africa: strategies, players, challenges and prospects. In: *Health Promotion International*. Vol. 18, No. 2. Pág. 85-88, 2003.
24. Lefkowitz B. Community Health Centers. A Movement and the People Who Made It Happen. New Brunswick, New Jersey and London, Rutgers University Press, 2007.
25. Fassin D. Quand les corps de souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud. Paris, La Découverte, 2006.
26. Brasil/Ministério da Saúde. As cartas da Promoção da Saúde. Brasília: editora MS, série B. Textos básicos em saúde, 56 pp, 2002.
27. World Health Organization (WHO). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, 2005. Disponível em: . Acesso 09 de abril de 2006.
28. Westphal MF, Wallerstein N. Saúde, desenvolvimento e igualdade. In: *Promotion & Education*, Edição Especial (1): 31-32, 2007.
29. Rocha S. Pobreza no Brasil: afinal do que se trata? Rio de Janeiro: FGV, 2003.
30. Barros RP, Henriques R, Mendonça R. Desigualdade e Pobreza no Brasil: Retrato de uma Instabilidade Inaceitável. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, volume 15, nº. 42, fev. 2000.
31. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). A queda recente da desigualdade no Brasil. Nota Técnica. In: [http://www.ipea.gov.br/Destaques/desigualdade\\_notastecnicas.htm](http://www.ipea.gov.br/Destaques/desigualdade_notastecnicas.htm), 2006. Acesso em 15 de março de 2007.
32. Sen A. A Desigualdade Reexaminada. Rio de Janeiro: Record, 2001.

33. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Relatório de Desenvolvimento Humano. A água para lá de escassez: poder, pobreza e a crise mundial da água. Nova Iorque, Estados Unidos: PNUD, 2006.
34. Westphal M. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1):39-51, 2000.
35. Magalhães R, Burlandy L, Castro Maia Senna M. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 12(6): 1415-1421, 2007.
36. Castel R. *As metamorfoses da questão social– Uma crônica do salário*. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 1998.
37. Magalhães R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 12(3): 667-673, 2007.
38. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. Bases sociales de las disparidades en salud. In: Evans T, organizador. *Desafío a la falta de equidad en la salud*. Washington: OPS/Fundação Rockefeller; 2002. p.13-26
39. Wilkinson, Richard & Marmot, Michael. *Social Determinants of Health: Solid Facts*. WHO - Europe: Denmark, 2003.
40. Nunes A, et al. *Medindo desigualdades em saúde no Brasil*. Brasília: OMS/OPAS/IPEA; 2001.
41. Pascal J, Abbey-Huguenin H, Lombrail P. Inégalités sociales de santé: quels impacts sur l'accès aux soins de prévention? *Lien social et Politiques* 55(Printemps): 115-124, 2006.
42. McKinlay JB, McKinlay SM. "The Questionable Effect of Medical Measures on the Decline of Mortality in the United States in the Twentieth Century." *Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society* (55): 405-28, 1977.
43. Ashton J, Seymour H. *The New Public Health*. Buckingham, Open University Press, 1988.
44. Institute of Medicine (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C. National Academy Press, 2000.
45. Roos NP, Brownell M, Menec V. *Universal Medical Care and Health Inequalities: Right Objectives, Insufficient Tools. Healthier Societies. From Analysis to Action* J. Heymann, C. Hertzman, M. L. Barer et R. G. Evans. New York, Oxford University Press: 107-131, 2005
46. O'Neill M, Stirling A. *The promotion of health or the health promotion: Getting our concepts straight. Health Promotion in Canada: Critical perspectives (2nd edition)*. O'Neill M, Pederson A, Rootman I, Dupéré S. Toronto, Canadian Scholars Press Inc, 2007.

47. Rose G. Sicks individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 14(1): 32-38, 1985.
48. Whitehead M. Tackling inequalities: a review of policy initiatives. *Tackling inequalities in health. An agenda for action.* Benzeval M, Judge K, Whitehead M, King's Fund: 22-52, 1995.
49. Gepkens A, Gunning-Schepers LJ. Interventions to reduce socioeconomic health differences: a review of the international literature. *European Journal of Public Health* 6: 218-26, 1996.
50. VIG, ENHPA. Tackling social inequalities in health. The role of health promotion. *Research Report: 149*, 2001.
51. Ridde V, Delormier T, Gaudreau L. Evaluation of Empowerment and Effectiveness: Universal Concepts? In press. *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness. Volume I* McQueen DV, Jones CM. New York, Springer Science & Business Media, 2007.
52. Akerman M. Saúde e desenvolvimento local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica. São Paulo: Hucitec, 2005.
53. Brasil/Ministério da Saúde. As cartas da Promoção da Saúde. Brasília: editora MS, série B. Textos básicos em saúde, 2002.
54. Franco Netto et al. Saúde e Ambiente: reflexões para um novo ciclo do SUS. In: Castro A, Malo M (org.). *Ressignificando a Promoção da Saúde.* São Paulo: Hucitec, p.165, 2006.
55. Junqueira L. Descentralización, intersectorialidad y Red em la Gestión de la Ciudad. In: *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, nº 12, Caracas, 1998.
56. Krutman H. Fatores Críticos no Êxito da Gestão de Projetos de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS). 2004, 141 f. Tese (Doutorado Engenharia de Produção/COPPE) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, COPPE. Rio de Janeiro, 2004.
57. Franco A. Por que precisamos de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável. *Revista Século XXI.* Brasília: Instituto de Política, número 3, março de 2000.
58. Bonatto D. Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável – DLIS: o caso de uma metodologia participativa aplicada em Santa Cruz, zona oeste do Rio de Janeiro. Monografia (Especialização em Planejamento e Uso do Solo Urbano). Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPPUR. Rio de Janeiro, 2002.
59. Buss P, Ramos C. Desenvolvimento local e agenda 21: desafio da cidadania. In: *Desenvolvimento local.* Rio de Janeiro: Oficina Social, 2000. 120 p. (Cadernos da Oficina Social, 3). p. 13-63.
60. Moisés HN. Município-Rede: planejamento, desenvolvimento político e sustentabilidade. *O município no século XXI: cenários e perspectivas.* FPFL-CEPAM, São Paulo: 305-324, 1999.

61. Sperandio AM. O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis: repensando a mobilização e a participação social. Volume 3, Campinas, São Paulo: IPES, 2004.
62. Carvalho IV, Bodstein RC, Hartz Z, Matida AH. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (3):521-529, 2004.
63. Viana, ML. Em torno do conceito de política social – notas introdutórias (mimeo), 2002.
64. Potvin L & Richard L. The evaluation of community health promotion programs. *Evaluation in Health Promotion. Principles and Perspectives*. World Health Organization, Copenhagen: 213-240, 2001.
65. Viana, AL. Abordagens Metodológicas em políticas públicas. In *Revista de Administração Pública*, 30 (2): 5-43, 1996.
66. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe, Health Evidence Network: 37, 2006.
67. Lupton D. *The imperative of health: public health and the regulated body*. London; Thousand Oaks, Calif., Sage Publications, 1995.
68. Boutilier MA, Rajkumar E, Poland BD, Tobin S, Badgley RF. Community Action Success in Public Health: Are We Using a Ruler to Measure a Sphere? *Canadian Journal of Public Health*, March-April 2001, 92 (2): 91-94.
70. Nunes E. Ciências Sociais em Saúde: uma reflexão sobre sua história. In: Minayo MCS (org.). *Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
71. Viana AL. Novos Riscos, a Cidade e a Intersetorialidade das Políticas Públicas. In: *Revista de Administração Pública*, 32 (2):23-33, 1998.
72. Brasil, Constituição da República. Título VIII - da ordem social; capítulo II - da seguridade social; seção II - da saúde; artigo 196. 7a ed. São Paulo: Editora Atlas, 1988. p. 120-121.
73. Brasil, Lei no. 8080, de 19 de setembro 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. *Diário Oficial da União*. 1990; 20 set.
74. Viana AL. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas In: CANESQUI AM (org). *Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico*. São Paulo: Hucitec, 2000, p.113-133
75. Souza C. Governos e Sociedades Locais em Contexto de Desigualdades e de Descentralização. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3), 431-442, 2002.



76. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil. Disponível em: [http://www.ensp.fiocruz.br/participanetsus\\_novo/index.php?option=com\\_content&task=view&id=45&Itemid=62](http://www.ensp.fiocruz.br/participanetsus_novo/index.php?option=com_content&task=view&id=45&Itemid=62). Acesso em 10/01/2008.
77. Dagnino E. Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
78. Escorel S. Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais. OPS-Brasil, 2001. Disponível em: <http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Sala256.pdf>. Acesso em 12/01/2007.
79. Abrasco – GT PROMOÇÃO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO LOCAL. Relatório da Oficina de Trabalho: Promoção da Saúde: Da Prevenção à Mudança Social. In: VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Recife, 19-23 de junho de 2004.
80. Carvalho AI. Relatório da Oficina de Trabalho. Promoção da Saúde: Da Prevenção à Mudança Social. In: VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Recife, 19-23 de junho de 2004.
81. Becker D et al. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e Promoção da Saúde. In: Ciência & Saúde Coletiva, 9 (3): p. 655-667, 2004.
82. Zancan L, Bodstein R, Marcondes W. Promoção da Saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos-RJ. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ, 2002.
83. Westphal M, Mendes R, Comaru FA. A Promoção da Saúde e as cidades. Castro A, Malo M (org.). SUS: ressignificando a Promoção da Saúde. São Paulo, Hucitec: OPAS, 2006.
84. Mendes R. Cidades Saudáveis no Brasil e os processos participativos: os casos de Jundá e Maceió. Doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2000.
85. Sperandio AM. O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Volume 1, Campinas, São Paulo: IPES, 2003.
86. Sperandio AM. O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Volume 2, Campinas, São Paulo: IPES, 2004.
87. Sperandio AM, Vilarta R. O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis: diferentes abordagens da mobilização social. Volume 4, Campinas, São Paulo: IPES, 2004.
88. Bodstein R, Zancan L. Avaliação das ações de Promoção da Saúde em contextos de pobreza e vulnerabilidade social. In: Zancan L, Bodstein R, Marcondes W (org.). Promoção da Saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos-RJ. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ, 2002.
89. Portaria nº 687 de 30 de março de 2006, publicada no DOU de 31/03/2006. (criação da assessoria de Promoção da Saúde no rio de janeiro)

90. SMS-RJ. Promoção da Saúde. Disponível em: [www.saude.rio.rj.gov.br](http://www.saude.rio.rj.gov.br). Acesso em 02/02/2008.
91. Branco VMC. Emoção e razão: os sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção ao adolescente. Dissertação, Instituto de Estudos de Saúde Coletiva / Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ/NESC, 2002, 105 p.
92. Minayo MC. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.
93. Draibe S. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Barreira M, Brant de Carvalho M (org.). Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.
94. Yin R. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.
95. Arretche M. Uma Contribuição para Fazermos Avaliações Menos Ingênuas. In: Barreira M, Brant de Carvalho M (org.). Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.
96. Parga Nina L et al. Configuração de Situações de Pobreza. Rio de Janeiro: PUC/Rio, 1985.
97. Krueger RA. Focus Groups: a Practical Guide for Applied Research. Newbury Park: Sage, 1988.
98. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979.
99. Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS). Diagnóstico Comunitário Participativo de Vila Paciência. Rio de Janeiro: Centro de Promoção da Saúde, 2003 (mimeo).
100. Secretaria Municipal de Urbanismo do Rio de Janeiro (SMU-RJ). Instituto Municipal de Urbanismo. Disponível em: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>. Acesso em: 27/02/2008.
101. Dantas M. Construção de Políticas Públicas para População em Situação de Rua no Município do Rio de Janeiro: limites, avanços e desafios. Dissertação, Escola Nacional de Saúde Pública /Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2007,164 p.
102. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). Resolução N° 1178 de 22 de Dezembro de 2005. Criação de 10 Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde da SMS-RJ.
103. Saliby C. Análise da implantação da política de habitação provisória: um estudo de caso: Vila Paciência. 1977. Dissertação de mestrado do IPPUR
104. Beltrão SMA. Estudo da política de habitação provisória e sugestões para o seu planejamento: CHP de Paciência como referência, 1978. Dissertação de mestrado do IPPUR.

105. Fundação Leão XIII. Conhecer para integrar: relatório do 1º encontro de estudos da Coordenadoria do RJ-II. Rio de Janeiro, 1989.
106. Becker D. No seio da família: amamentação e Promoção da Saúde no programa de saúde da família. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ, 127p, 2001.
107. Centro de Promoção da Saúde. Série Relatórios Técnicos, Volume 1. Iniciativa de Vila Paciência: Diagnóstico, Intervenção e Avaliação, fevereiro 2007 (mimeo).
108. Centro de Promoção da Saúde. Iniciativa de Santa Cruz, Relatório Técnico. 2002 (mimeo).
109. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Cadernos de Saúde Pública. 15(sup. 2):7-14.
110. Centro de Promoção da Saúde. Projeto Construindo a Saúde, Nutrindo a Vida: projeto integrado de capacitação profissional e empreendedorismo comunitário na Zona Oeste do Rio de Janeiro. Relatório Técnico-Analítico, 2006.
111. Estrada NRN. Caminhos para “resolver a vida”: Significados e alternativas de participação em uma comunidade popular da zona oeste do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: UFRJ, Instituto de Psicologia, 2006. 144p.
112. Labra, M. E. Capital social y consejos de salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso? Cadernos de Saúde Pública vol.18 suppl. Rio de Janeiro, 2002.
113. Edmundo K, Mello e Souza C, Carvalho ML, Paiva V. Vulnerabilidade ao HIV em favela do Rio de Janeiro: impacto de uma intervenção territorial. In: Revista de Saúde Pública 2007;41(Supl. 2):127-34.
114. Jacobi P, Pinho JS. Inovação no campo da gestão pública local: novos desafios, novos patamares. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.
115. Fernandes ASA. O capital social e a análise institucional e de políticas públicas. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 36 (3):375-398, maio/junho, 2002.
116. Becker D et al. Network of healthy communities of Rio de Janeiro, Brazil. Promotion and Education. Vol XV, nº2, 2007, 101-102.
117. Labonte R, Woodard GB, Chad K, Laverack G. Community Capacity Building: A Parallel Track for Health Promotion Programs. Canadian Journal of Public Health. Vol. 93, nº3, may-jun 2002, 181-812.
118. Lindblom CE, Woodhouse EJ. The Policy-Making Process. New Jersey Prentice Third Edition. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1993.

## **ANEXO 1: Roteiro para a entrevista com ator governamental**

### **Dados de Identificação:**

Data de Nascimento:

Bairro onde mora:

Formação Acadêmica/Escolaridade:

Local de Trabalho/Principais atividades realizadas:

Cargo e tempo de ocupação:

Como foi sua participação na Iniciativa de Vila Paciência (IVP)? Quando?

Por que você se interessou em participar desta experiência?

Quais são os objetivos desta iniciativa?

Como foram / são definidos os objetivos e formas de intervenção?

Que ações você realiza ou já realizou dentro desta experiência?

Você participou de algum fórum comunitário, de alguma agenda de compromissos?

Quais são os fatores que facilitam/dificultam a implementação das ações?

Quais ações de Promoção da Saúde desenvolvidas pela iniciativa?

Quais foram os grupos privilegiados pelas ações específicas?

Como você avalia a rede básica de saúde (estrutura, equipamentos, serviços) no município do Rio de Janeiro? E na região de Santa Cruz?

Quais ações/serviços realizados no contexto municipal/estadual você considera como de Promoção da Saúde?

Como você avalia o papel do Estado/Município nas ações de Promoção da Saúde na cidade do Rio de Janeiro? E em Santa Cruz?

Você conhece alguma regulamentação (leis, portarias, decretos) sobre a política de Promoção da Saúde? Qual?

Como se dá o acesso/utilização dos moradores aos serviços de saúde da região?

Como se dá o acesso/utilização dos moradores a outros serviços públicos?

Você conheceu a Macro-Função da prefeitura que funcionou no início desta experiência em 2002? Como era o seu o funcionamento? E hoje como está a Macro-Função?

A IVP contribui/contribuiu para o aumento da informação sobre saúde dos moradores?

A IVP contribui/contribuiu para o acesso/utilização dos moradores aos serviços de saúde da região?

A IVP recebeu recursos governamentais (materiais, financeiros, humanos, institucional)? Quais?

Como você avalia a participação da sua instituição para a sustentabilidade desta experiência?

Passados cinco anos, como você avalia a continuidade desta experiência?

Os objetivos desta iniciativa em Promoção da Saúde estão sendo atingidos? Por quê?

Dessa experiência o que é possível tá incorporando na agenda governamental?

## **ANEXO 2: Roteiro para a entrevista com ator não-governamental**

### **Dados de Identificação:**

Data de Nascimento:

Bairro onde mora:

Estado Civil:

Formação Acadêmica/Escolaridade:

Local de Trabalho/Principais atividades realizadas:

Cargo e tempo de ocupação:

Como foi sua inserção na Iniciativa de Vila Paciência (IVP)? Quando?

Por que você se interessou em participar desta experiência?

Quais são os objetivos desta iniciativa?

Como foram / são definidos os objetivos e formas de intervenção?

Você participou de algum fórum comunitário, de alguma agenda de compromissos?

Que ações você realiza ou já realizou dentro desta experiência?

Quais são os fatores que facilitam/dificultam a implementação das ações?

Quais ações de Promoção da Saúde desenvolvidas pela iniciativa?

Quais foram os grupos privilegiados pelas ações específicas?

Como você avalia o contexto local (estrutura, equipamentos, serviços) de saúde na região de Santa Cruz?

Quais ações/serviços públicos você considera como de Promoção da Saúde?

Como você avalia o papel do Estado nas ações de Promoção da Saúde na cidade do Rio de Janeiro? E em Santa Cruz?

Qual o papel da sua instituição em Promoção da Saúde?

Como se dá o acesso dos moradores aos serviços/equipamentos de saúde da região?

Como se dá a utilização dos serviços de saúde da região?

Como se dá o acesso/utilização dos moradores a outros serviços públicos?

As atividades realizadas têm relação com o diagnóstico comunitário participativo? Em que medida?

A IVP contribui/contribuiu para o aumento da informação sobre saúde dos moradores?

A IVP contribui/contribuiu para o acesso dos moradores aos serviços de saúde da região?

A IVP contribui/contribuiu para a utilização dos serviços de saúde da região?

A IVP recebeu recursos (materiais, financeiros, humanos, institucional)? Quais?

Passados cinco anos, como você avalia a continuidade desta experiência?

Os objetivos desta iniciativa em Promoção da Saúde estão sendo atingidos? Por quê?

### **ANEXO 3: Roteiro para a entrevista com ator comunitário**

#### **Dados de Identificação:**

Sexo:

Data de Nascimento:

Estado Civil:

Escolaridade:

Ocupação Profissional:

Como foi sua inserção na Iniciativa de Vila Paciência (IVP)?

Por que você se interessou em participar desta experiência?

Quais são os objetivos desta iniciativa?

Como foram / são definidos os objetivos e formas de intervenção?

Quando começa a ser desenvolvido?

Que ações você realiza ou já realizou dentro desta experiência?

Quais são os fatores que facilitam/dificultam a implementação das ações?

Quais ações de saúde desenvolvidas pela iniciativa?

Quais foram os grupos privilegiados pelas ações específicas?

Como você avalia o contexto local (estrutura, equipamentos, serviços) de saúde na região de Santa Cruz?

Quais ações/serviços você considera como de Promoção da Saúde?

Como você avalia o papel do Estado/Outras instituições nas ações de Promoção da Saúde na cidade do Rio de Janeiro? E em Santa Cruz?

Você conhece alguma regulamentação (leis, portarias, decretos) sobre a política de Promoção da Saúde? Qual?

Como se dá o acesso dos moradores aos serviços/equipamentos de saúde da região?

Como se dá a utilização dos serviços de saúde da região?

Como se dá o acesso dos moradores a outros serviços públicos (educação, lazer, transporte, água, luz, esgoto, coleta de lixo)?

Como se dá a utilização dos moradores a outros serviços públicos (educação, lazer, transporte, água, luz, esgoto, coleta de lixo)?

Você conheceu a Macro-Função da prefeitura que funcionou no início desta experiência em 2002? Como era o seu o funcionamento? E hoje como está a Macro-Função?

Você participa do conselho distrital de saúde? (justificar)

A IVP contribui/contribuiu para o aumento da informação sobre saúde dos moradores?

A IVP contribui/contribuiu para o acesso dos moradores aos serviços de saúde da região? E para os outros serviços públicos?

A IVP contribui/contribuiu para a utilização dos serviços de saúde da região? E para os outros serviços públicos?

A IVP recebeu recursos (materiais, financeiros, humanos, institucional)? Quais?

Os objetivos desta iniciativa em Promoção da Saúde estão sendo atingidos? Por quê?

#### **ANEXO 4: Roteiro para o Grupo focal com atores comunitários**

##### **Dados de Identificação (a ser preenchido antes da atividade):**

Sexo:

Data de Nascimento:

Estado Civil:

Escolaridade:

Ocupação Profissional:

Há quanto tempo moram na comunidade?

Já participaram de outros projetos/iniciativas/ações na comunidade?

Por que vocês se interessaram em participar desta experiência?

Quais são os objetivos da Iniciativa de Vila Paciência?

Quais foram as principais ações de saúde realizadas nesta iniciativa?

Quais foram os beneficiados destas ações?

Quais as ações/atividades que vocês mais gostaram? Por quê?

Quais as ações/atividades que vocês menos gostaram? Por quê?

Como está a saúde dos moradores?

Como se dá o acesso dos moradores aos serviços de saúde da região?

Como se dá a utilização dos serviços de saúde da região?

Como se dá o acesso dos moradores a outros serviços públicos?

Como se dá a utilização dos moradores a outros serviços públicos?

Quais ações/serviços você considera como de Promoção da Saúde?

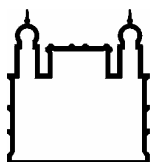
A IVP contribui/contribuiu para o aumento da informação sobre saúde dos moradores?

A IVP contribui/contribuiu para o acesso dos moradores aos serviços de saúde da região? E para os outros serviços públicos?

A IVP contribui/contribuiu para a utilização dos serviços de saúde da região? E para os outros serviços públicos?

A IVP recebeu recursos (materiais, financeiros, humanos, institucional)? Quais?

Os objetivos desta iniciativa em Promoção da Saúde estão sendo atingidos? Por quê?



## ANEXO 5: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para entrevista

Prezado (a),

Você está convidado (a) para participar da pesquisa: “*Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local. Estudo de uma experiência no município do Rio de Janeiro*”. Este estudo está sendo realizado por Rosane Marques de Souza como parte de seu projeto de Mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública. O objetivo geral é analisar o processo de implementação da “Iniciativa de Vila Paciência” buscando compreender na formulação e gestão local das ações os limites e as possibilidades postos para o alcance de impactos positivos ligados às dimensões da equidade e sustentabilidade. Os objetivos específicos deste trabalho são: descrever as ações nesta iniciativa; identificar interesses e conflitos presentes nos diferentes níveis da gestão local; identificar fatores facilitadores e limitantes de adesão das instâncias governamentais e não governamentais à iniciativa e avaliar o grau de articulação e integração com outras iniciativas.

Seu depoimento será importante devido à relevância de sua participação nesta iniciativa, e consistirá no fornecimento de informações por meio de entrevista individual feita pela pesquisadora, que poderá ser gravada, se assim for permitido. O estudo não apresenta riscos para os entrevistados, na medida em que não serão divulgados dados que permitam a identificação do autor das respostas.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode se recusar a responder quaisquer perguntas, ou retirar-se da pesquisa, não tendo nenhum prejuízo em sua relação com instituições ligadas a pesquisa, nem com a pesquisadora. Os benefícios relacionados à sua participação são contribuir para um melhor conhecimento sobre o desenvolvimento da Iniciativa de Vila Paciência na região de Santa Cruz, Rio de Janeiro. Após a conclusão do trabalho de campo, as entrevistas serão gravadas em arquivos, os quais, após sua utilização no estudo, serão apagados.

Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço profissional da pesquisadora e do comitê de ética, da Escola Nacional de Saúde Pública, podendo tirar dúvidas sobre a pesquisa e sua participação a qualquer momento.

---

Rosane Marques de Souza (pesquisadora)

Rosane Marques de Souza  
Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480, sala 910, Mangueiras, Rio de Janeiro, RJ, CEP: 21041-210.  
Tel.: 2598-2780 / 2598-2644 - ramal: 2712.  
E-mail: yara1977@yahoo.com

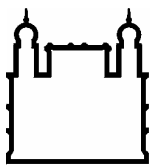
Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública  
Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480, sala 314, Mangueiras, Rio de Janeiro, RJ, CEP: 21041-210.  
Tel./Fax (21) 2598-2863.  
E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Assinatura do participante



**ANEXO 6: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Grupo focal (comunitário)**

Prezado (a),

Você está convidado (a) para participar da pesquisa: “*Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local. Estudo de uma experiência no município do Rio de Janeiro*”. Este estudo está sendo realizado por Rosane Marques de Souza como parte de seu projeto de Mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública. O objetivo geral é analisar o processo de implementação da “Iniciativa de Vila Paciência” buscando compreender na formulação e gestão local das ações os limites e as possibilidades postos para o alcance de impactos positivos ligados às dimensões da equidade e sustentabilidade. Os objetivos específicos deste trabalho são: descrever as ações nesta iniciativa; identificar interesses e conflitos presentes nos diferentes níveis da gestão local; identificar fatores facilitadores e limitantes de adesão das instâncias governamentais e não governamentais à iniciativa e avaliar o grau de articulação e integração com outras iniciativas.

Seu depoimento será importante devido à relevância de sua participação nesta iniciativa, e consistirá no fornecimento de informações por meio de entrevista em grupo, denominada Grupo focal, feita pela pesquisadora que poderá ser gravada, se assim for permitido. O estudo não apresenta riscos para os entrevistados, na medida em que não serão divulgados dados que permitam a identificação do autor das respostas.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode se recusar a responder quaisquer perguntas, ou retirar-se da pesquisa, não tendo nenhum prejuízo em sua relação com instituições ligadas a pesquisa, nem com a pesquisadora. Os benefícios relacionados à sua participação são contribuir para um melhor conhecimento sobre o desenvolvimento da Iniciativa de Vila Paciência na região de Santa Cruz, Rio de Janeiro. Após a conclusão do trabalho de campo, as entrevistas serão gravadas em arquivos, os quais, após sua utilização no estudo, serão apagados.

Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço profissional da pesquisadora e do comitê de ética, da Escola Nacional de Saúde Pública, podendo tirar dúvidas sobre a pesquisa e sua participação a qualquer momento.

---

Rosane Marques de Souza (pesquisadora)

Rosane Marques de Souza  
Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480, sala 910, Mangueiras, Rio de Janeiro, RJ, CEP: 21041-210.  
Tel.: 2598-2780 / 2598-2644 - ramal: 2712.  
E-mail: yara1977@yahoo.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública  
Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480, sala 314, Mangueiras, Rio de Janeiro, RJ, CEP: 21041-210.  
Tel./Fax (21) 2598-2863.  
E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Assinatura do participante.