



Texto 7

Unidade de Aprendizagem I

Articulação intersetorial na gestão para a promoção da saúde¹

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

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

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

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

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

Direitos de cidadania, segundo Maria Victoria Benevides, “dizem respeito a uma determinada ordem jurídico-política de um país, de um Estado, no qual uma Constituição define e garante quem é cidadão, [e] que direitos [e] deveres ele terá [...]”.

A ideia da cidadania é uma ideia eminentemente política que não está necessariamente ligada a valores universais, mas a decisões políticas” (BENEVIDES, [200-?], p. 4).

¹ Texto retirado e adaptado de:

TAVARES, Maria de Fátima Lobato; ZANCAN, Lenira; Antonio Ivo de; ROCHA, Rosa Maria da. Articulação intersetorial na gestão para a promoção da saúde. In: GONDIM, Roberta; GRABOIS, Victor; MENDES, Walter (Org.). *Qualificação de gestores do SUS*. 2 ed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011.

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

Para início de conversa

Antes de seguirmos no debate conceitual e revisitarmos as experiências e espaços institucionais de gestão intersetorial e participativa que foram se configurando no Brasil, propomos que você faça a leitura da situação-problema “Município saudável”.

Situação-problema: Município saudável

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

A primeira ação do grupo foi o levantamento dos diversos programas e projetos em desenvolvimento em cada secretaria voltados para a violência praticada contra pessoas idosas.

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

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

Os representantes das Secretarias de Saúde e de Segurança Pública enunciaram a dificuldade de ter um diagnóstico da situação, pois cada um dos setores tem banco de dados e informações coletadas e disponibilizadas de forma diferenciada, impossibilitando avaliar conjuntamente os resultados que são alcançados pelos programas em desenvolvimento. O exemplo dado pela representante da saúde ilustra a complexidade do problema:

– A informação coletada pelos agentes comunitários de saúde sobre sinais de violência doméstica contra pessoas idosas é irregular e não há como comparar com as informações que constam no Datasus, que na maioria das vezes dizem respeito à internação hospitalar. Além disso, muitos casos de violência doméstica nem chegam à saúde, indo direto ou para a delegacia ou para os Centros de Referência de Assistência Social.

O representante da Secretaria de Segurança Pública, por sua vez, argumentou que as delegacias ainda não estavam todas preparadas para receber casos de violência contra pessoas idosas e que tem sido o Conselho Municipal de Direitos do Idoso, juntamente com a Defensoria Pública do estado, que vem notificando denúncias de violência.

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

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

A intersectorialidade como mecanismo de ampliação do espaço público

A partir da década de 1980 e, em especial, durante os anos 1990, com a democratização do país e a promulgação da chamada “Constituição Cidadã” em 1988, intensificaram-se os processos de inovação nas políticas públicas, nas relações entre o Estado e Sociedade, com a emergência de experiências de gestão participativa e intersetorial em todos os cantos do país. Tais experiências expressam tanto a necessidade e o desejo de desenvolver ações intersetoriais como as dificuldades encontradas para criar formatos viáveis para a sua execução – em termos de políticas e desenhos organizacionais e gerenciais.

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

Não vamos aqui superdimensionar os avanços e as conquistas das últimas décadas; ainda há muito por fazer considerando os dramáticos quadros de desigualdades nas condições de vida e iniquidades de todas as ordens, expressas no *Relatório da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde* (2008). Porém, muito já se experimentou, e refletir



Leia a coletânea de artigos “Novos contornos da gestão local: conceitos em construção”, disponível em

<http://polis.org.br/publicacoes/novos-contornos-da-gestao-local-conceitos-em-construcao/>

sobre as lições da prática pode oferecer novos e bons caminhos para a concretização do direito à saúde.

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

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

O que de fato se intensifica, na década de 1990 e no início dos anos 2000, são processos de interação entre os entes da federação – municípios, estados e União – e entre setores e atores intramunicipais, para garantia dos direitos constitucionais. Tais processos promoveram a emergência de novos espaços de participação, negociação e pactuação de programas e políticas, e de definição de prioridades na alocação dos recursos, a exemplo do orçamento participativo e outras modalidades de escuta de demandas e vocalização de interesses da população, em especial dos mais pobres. Em outras palavras, com a (re)democratização do Estado ampliou-se o espaço público e emergiram novos atores.

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

A intersetorialidade como mecanismo de governança

Governança é um termo empregado para compreender as novas configurações institucionais voltadas para a ampliação da participação da sociedade na gestão das políticas públicas. Há muitas concepções e definições que atribuem maior ou menor ênfase ao papel do Estado na regulação dos processos de negociação entre distintos atores – governamentais e não governamentais. Por ora aceitemos uma definição genérica: “governar, do ponto de vista da governança, é sempre um processo iterativo, porque nenhum ator, público ou privado, dispõe dos conhecimentos ou recursos necessários para resolver sozinho o problema” (LEVY, 2002, p. 180).

Desta concepção de governança resultam novos processos de gestão que têm como ênfase a mobilização dos diversos recursos do governo,

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

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

O capital social refere-se a algumas características relevantes da organização social, tais como confiança, normas e sistemas que contribuam para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas. Já os sistemas de participação cívica dizem respeito às organizações institucionais da sociedade, incluindo as associações comunitárias, as cooperativas, os clubes esportivos, os sindicatos e os partidos políticos de massa. Assim, a possibilidade de cooperação entre os membros de uma comunidade depende do grau de desenvolvimento dos sistemas de participação.

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

É imprescindível, todavia, manter um espírito crítico em relação a essas novas institucionalidades, pois as tensões e dificuldades nas relações entre as instituições da sociedade civil e as insuficiências das instituições

que fazem o elo entre os setores público, privado e voluntário podem, de fato, conduzir ao fracasso.

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

Negociação e pactuação

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

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

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

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

No âmbito interno do sistema de saúde, com a constituição de novos espaços de negociação e pactuação, acordos e consensos enfrentam inúmeras dificuldades em função da diversidade de interesses e valores em disputa. Isso é vivenciado cotidianamente nos conselhos municipais de saúde, nas instâncias de pactuação entre municípios, estados e União, nas instâncias de regulação e controle dos setores de prestação

de serviços privados e entre os gestores dos serviços e fornecedores de insumos. Você já conhece bem os limites e contingências desses processos de negociação!

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

Democratização da informação

Na situação-problema “Município saudável”, uma questão enunciada é a fragmentação e incompatibilidade dos sistemas de informação disponíveis nos diversos setores da gestão pública. Ladislau Dowbor (2003) oferece uma ótima discussão sobre a proliferação de informações por intermédio de inúmeras iniciativas, com uso de diversificadas tecnologias da comunicação, sem que haja, contudo, uma efetiva apropriação dessas informações por parte da sociedade. O autor considera que a informação relevante é aquela que impulsiona o exercício da cidadania e amplia a capacidade de a população realizar escolhas, além de apoiar a formulação de políticas socialmente justas e ambientalmente sustentáveis. Segundo Dowbor (2003, p. 4):

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

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

Experiências inovadoras de gestão municipal pós-Constituição Cidadã

Como enunciamos, apresentaremos neste tópico experiências de gestão municipal que incorporaram estratégias participativas e intersetoriais no início dos anos 1990 no Brasil. As lições aprendidas nessas experiên-

cias orientaram a formulação das políticas atuais de enfrentamento das iniquidades sociais, na perspectiva da promoção da saúde.

A experiência de Camaragibe, em Pernambuco, é uma primeira referência importante na construção de alternativas de gestão municipal no contexto da descentralização administrativa, com intensificação dos processos de participação de diversos setores governamentais – em especial saúde, educação e trabalho e renda.

A experiência de cogestão na Secretaria Municipal de Saúde, no período 1993-96, ensejou a criação do Conselho Municipal de Saúde e subsidiou a formulação de uma proposta de gestão governamental participativa mais abrangente – o Programa de Administração Participativa.

Nessa experiência, a territorialização, com a divisão do município em regiões administrativas, a constituição de um Conselho de Administração com representantes de todas as regiões, a construção de diagnósticos participativos e levantamento de demandas *vis-à-vis*, a definição pactuada de prioridades, com a criação de conselhos setoriais para acompanhar a implementação das ações definidas, foi um modelo que influenciou diversas outras experiências de gestão municipal no país.

Uma das proposições oriundas desse processo de ampliação da participação em Camaragibe foi o Programa Saúde da Comunidade, que pode ser considerado um precursor do Programa Saúde da Família e posteriormente da Estratégia Saúde da Família.



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

A experiência de Belém, no Pará, com o Programa Bolsa Familiar para a Educação, pode ser considerada precursora do Programa Bolsa Família, carro-chefe da política social do governo Lula. Buscou atuar num dos problemas sociais de maior relevância para o exercício da cidadania – o acesso das crianças de áreas rurais e das periferias da cidade à educação –, um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

No caso de Belém, a prioridade foi ampliar o acesso das meninas à escola como determinante para a melhoria da saúde materna, prevenção da gravidez na adolescência e da desnutrição infantil. Era também uma estratégia de combate ao trabalho infantil, mediante a concessão de bolsa às famílias em situação de extrema pobreza, com a contrapartida de manter as crianças na escola.

A Casa da Mulher Bertha Lutz foi outra importante iniciativa. Desenvolvida em Volta Redonda, no estado do Rio de Janeiro, a partir de 1993, foi pioneira no tratamento da questão da violência doméstica e no reconhecimento desta como um problema de saúde pública. Seu

processo de implantação e sua estrutura de gestão estão centradas na intersetorialidade e na participação ativa dos responsáveis pelo atendimento dos problemas geradores e das consequências da violência doméstica. Esta iniciativa reúne os setores de saúde, assistência social, justiça, segurança pública, associações de mulheres, entidades de atenção aos problemas de alcoolismo e drogas, profissionais da psicologia e outros. A parceria entre esses distintos atores garantiu a efetividade da proposta. Pode-se considerar esta iniciativa como precursora das políticas mais abrangentes, tanto no atendimento às demandas das mulheres e de outros segmentos que sofrem discriminação e violação de direitos como no enfrentamento das violências em geral, hoje uma das principais causas de morbimortalidade da população brasileira e uma das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde.

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

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

Para exemplificar, podemos citar o projeto “Qualidade de vida na terceira idade”, desenvolvido no município de Parintins, no estado do Amazonas.

O programa funciona de acordo com a Política Municipal do Idoso, que garante a criação de programas e serviços voltados ao atendimento da saúde da pessoa idosa (Lei municipal n. 0349/2005). Cadastrados no sistema da zona urbana temos 1.269 idosos, sendo que participantes ►

Visite o site <http://saudedapessoaidosa.fiocruz.br> para conhecer outras experiências estaduais e municipais no campo do envelhecimento e da saúde da pessoa idosa.

ativos das atividades são 505. Tem como finalidade melhorar a qualidade de vida, reduzir a taxa de sedentarismo, melhorar a flexibilidade, agilidade e longevidade, com ações nas áreas da assistência social, saúde e educação. O funcionamento é de segunda a sexta-feira pela parte da manhã, com atendimento de massoterapia, serviço social e fisioterapia.

Atividades voltadas para este público são realizadas nos dias de segunda, quarta e sexta-feira no horário da tarde, onde são realizados exercícios físicos, alongamento, fortalecimento muscular, dinâmicas, danças e treino de propriocepção, que com a idade são reduzidas. Contamos também com a parceria da SMS, com a equipe do Nasf e do Ministério Público, médicos, enfermeiros, psicólogo e técnico de enfermagem e na quinta-feira é realizada a hidroterapia com os idosos que precisam de reabilitação.

O programa investe em eventos e datas comemorativas, como passeios, festas, sorteio de prêmios, palestra e ação social, promovendo a socialização e autoestima dos idosos.

Extraído do site: <http://saudedapessoaidosa.fiocruz.br>.



O Movimento de Municípios e Cidades Saudáveis

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

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

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



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

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

Quanto aos aspectos desfavoráveis, a autora enumera: a herança da política centralizadora e clientelista; a cultura política de ação setorial com duplicidade de projetos e disputa por recursos; a instabilidade político-administrativa em todos os níveis; a cultura sanitária de programas verticais; e a hegemonia do paradigma médico-assistencial (FERRAZ, 1999).

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

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

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

Tais mecanismos podem ser assim resumidos:

- realização de diagnóstico participativo das necessidades e potencialidades locais num processo de democratização da



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

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

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

informação e produção de novos conhecimentos/consensos sobre a realidade local;

- criação de espaços institucionalizados de discussão e pactuação de prioridades e formas de ação integradas, a exemplo dos fóruns e conselhos de saúde e de desenvolvimento social;
- definição de uma agenda de ações com corresponsabilização dos setores da administração e da sociedade, e convergência de recursos; e
- mecanismos internos de monitoramento e avaliação que subsidiem constantemente a tomada de decisão e a aferição de resultados visando a sustentabilidade das ações.

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

Referências

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

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

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

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

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

CAMARGO JUNIOR, K. As armadilhas da “concepção positiva da saúde”. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 76, n. 1, p. 63-76, 2007.

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

DOWBOR, L. Informação para a cidadania e o desenvolvimento sustentável. *Adolescência Latinoamericana*, Rio de Janeiro, n. 248, p. 5-16, 2004.

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

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

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

LEVY, E. Ganhar e ganhar: estratégias de negociação bem sucedidas entre os municípios, os estados e a União. In: SPINK, P.; Caccia Bava, S.; PAULICS, V. (Org.). *Novos contornos da gestão local: conceitos em construção*. São Paulo: Pólis: Programa Gestão Pública e Cidadania/EAESP/FGV, 2002.

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

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

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

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