

Na Trilha do Município Saudável

Na Trilha do Município Saudável

Israel Rocha Brandão²

Introdução

O objetivo deste artigo não é tornar-se um tratado acadêmico sobre a temática das cidades saudáveis. Procurei, aqui, através da reflexão sobre algumas experiências das quais participei nos últimos anos, discutir certos aspectos que podem contribuir para a implementação da proposta de municípios e comunidades potencialmente saudáveis no cenário brasileiro.

As considerações serão, portanto, baseadas na minha experiência pessoal como presidente do Instituto Participação, organização não-governamental fundada em 1995, com a missão de fortalecer os mecanismos de participação social e comunitária do cidadão no espaço nordestino. Foi com este intuito que pude participar ativamente da implantação dos Conselhos Municipais de Desenvolvimento Sustentável (CMDs) em cerca de 160 municípios do Estado do Ceará, durante a segunda metade da década de noventa.

Acrescento também a isso o aprendizado acumulado como docente da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), durante os anos de 1999 a 2002, quando nos empenhamos na implementação do Projeto Município Saudável nas cidades de Sobral e Crateús, ambas situadas no interior cearense. Durante este período, uma equipe multidisciplinar da ESP-CE, articulada com as prefeituras dos municípios citados, e

² Psicólogo, filósofo e mestre em sociologia (UFC). Doutorando em psicologia social (PUC-SP), professor e preceptor de psicologia da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (Sobral – CE).

apoiada pela Fundação W. K. Kellogg, desenvolveu um considerável volume de iniciativas nas comunidades rurais e urbanas, de tal sorte que emergiram algumas conclusões sobre a importância do movimento de municípios (potencialmente) saudáveis para o desenvolvimento da América Latina.

Também no município de Sobral, tive a oportunidade de participar, nos últimos anos, do desenvolvimento de experiências pioneiras, voltadas para o aperfeiçoamento da Estratégia de Saúde da Família, tendo como cenário os territórios onde trabalham os profissionais ligados à Secretaria do Desenvolvimento Social e da Saúde. Foi justamente atuando como preceptor de território da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), onde trabalho também como professor desde dezembro de 2002, que pude me aproximar de experiências que considero muito relevantes para o aperfeiçoamento das ações de saúde pública e dos modelos de gestão municipais no Brasil.

1. Municípios saudáveis: um pouco de história

Tudo começou no Canadá, onde, durante o final dos anos setenta debatia-se sobre o que possibilitava às pessoas tornarem-se ou não saudáveis e desconfiava-se, por assim dizer, que os sistemas de saúde modernos haviam se tornado completamente ineficazes para assegurar condições de vida saudável aos cidadãos.

De acordo com Caton e Larsh (2000), a publicação do Relatório Lalonde intitulado “Uma nova perspectiva na saúde dos canadenses” pode ser entendida como o ponto de partida para a visão que o movimento das cidades saudáveis viria, em alguns anos, realizar. O mais importante no escrito de Lalonde (1974) era a constatação de que as pessoas precisariam ampliar as suas visões em torno da saúde, uma vez que, segundo ele, melhorias nas condições de saúde da população poderiam ser resultantes muito mais das modificações no estilo de vida e no ambiente físico-social do que do aumento de investimentos financeiros nos sistemas nacionais de saúde.

De fato, as considerações de Lalonde em torno da relevância dos determinantes da saúde anteciparam certas questões que viriam à tona na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida no ano de 1986, na capital canadense. Como resultado deste momento histórico, foi concebida a Carta de Ottawa, que define a Promoção da Saúde como sendo “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”, Ministério da Saúde, (2001, p.19).

Ainda segundo este mesmo documento, a saúde deve ser vista como um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. O mais importante, no entanto, é que a promoção da saúde passa a ser entendida como algo que não é uma responsabilidade exclusiva do setor saúde, mas de todos os cidadãos, uma vez que, não se limitando à mera ausência de enfermidades, também transcende o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e da criação de espaços de bem-estar, Caton e Larsh (2000).

Como consequência do movimento iniciado em Ottawa, fortalecido nas conferências subseqüentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) nas cidades de Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Santafé de Bogotá (1992) e Jacarta (1997), o surgimento da estratégia das assim chamadas Cidades Saudáveis consolidou-se com uma tentativa concreta de pôr em prática a realização dos princípios da Promoção da Saúde na escala das municipalidades.

Segundo Caton e Larsh (2000), esta estratégia começa no ano de 1984, quando Trevor Hancock organizou uma conferência intitulada “Beyond Health Care”, cujo objetivo era discutir os avanços e os retrocessos na saúde pública dez anos após a publicação do Relatório Lalonde. Durante este evento, Ilona Kickbusch, da Organização Mundial da Saúde, inspirada pela conferência de Len Duhl, professor de saúde pública na Universidade da Califórnia em Berkeley, lançou as bases para a construção de um projeto de cidades saudáveis na Europa. Assim nasceria, em 1986, o Projeto Europeu de Cidades Saudáveis. Neste mesmo ano, é lançada a Rede

de Cidades e Vilarejos Saudáveis de Quebec, a primeira do Canadá e do mundo.

Munidos da compreensão de que era importante a formação de redes de cidades e comunidades para conferir maior envergadura à idéia das cidades saudáveis, muitos outros municípios canadenses aderiram à proposta. Assim sendo, foi criado o Projeto Comunidades Saudáveis do Canadá, no ano de 1988, envolvendo uma série de organizações, entre as quais: o Instituto Canadense de Planejadores, a Associação de Saúde Pública do Canadá e a Federação de Municípios Canadenses. Como consequência disso, foi lançado o Projeto Toronto Cidade Saudável em 1989 e, no ano seguinte, foi realizado o primeiro encontro da Coalizão de Comunidades Saudáveis de Ontário (OHCC). Enfim, em 1993, cria-se a Rede de Cidades Saudáveis de Ontário, consolidando o movimento das cidades saudáveis nas duas províncias mais ricas do território canadense: Ontário e Quebec.

Creio que vale a pena registrar aqui o que me confessor Real Lacombe, um dos principais líderes do movimento canadense de cidades saudáveis, a quem entrevistei na capital da província do Quebec, no ano de 2000. Para ele, foi, em 1967, na cidadezinha de Rouyn-Noranda, quando os cidadãos decidiram reestruturar um terreno vazio, situado perto do lago Édouard, em pleno centro da cidade, refazendo completamente sua superfície, que surgiu a primeira experiência de “cidade saudável”. A idéia original teve tanto impacto que se multiplicou pelo restante do Canadá e, posteriormente, por todo o mundo.

De um jeito ou de outro, a estratégia iniciada em solo canadense realmente espalhou-se mundo afora, inclusive pela América Latina. No caso do Brasil, muitas municipalidades reclamaram para si o título de espaços saudáveis e foram diversas as tentativas de desenvolver cidades saudáveis, com o apoio de organizações nacionais e estrangeiras, nos mais variados rincões do território brasileiro.

Foi com o intuito de participar deste movimento que a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) apresentou à Fundação Will Keith Kellogg, no ano de 1997, um projeto de

implantação de municípios saudáveis. Como resultado desta parceria, a ESP-CE liderou, por algum tempo, a realização deste projeto nas cidades de Sobral, em 1997, e em Crateús, a partir de 1998, Cordeiro (2001). Na verdade, a Fundação veio também a apoiar esta proposta em vários outros municípios da América Latina, incluindo La Plata, Berisso e Enseñada (Argentina), Barquisimeto (Venezuela) e Cáli (Colômbia). Em todos estes municípios, procurou-se desenvolver uma parceria entre as instituições acadêmicas, as prefeituras e as comunidades locais, sendo que cada projeto percorreu um caminho diferenciado e foram alcançados resultados distintos em cada um deles. Os diversos projetos eram também acompanhados por uma equipe de assessores da Fundação Kellogg, com quem as equipes se reuniam sistematicamente para pensar mecanismos de avaliação e garantir a continuidade das ações.

No caso das experiências em Sobral e Crateús, as quais pude acompanhar mais de perto, os resultados alcançados pelo trabalho conjunto estão relacionados, principalmente, ao aperfeiçoamento dos mecanismos de participação comunitária e à reorientação dos serviços de saúde. Para uma melhor compreensão do que significou o Projeto Município Saudável nestas duas localidades, recomendo a leitura do escrito de Celeste Cordeiro (2001), que procurou avaliar o impacto da implantação do Projeto Município Saudável nos referidos municípios, recorrendo ao método do estudo de caso. Por sua vez, o artigo de Braga *et al.* (1999) pode esclarecer como o projeto se estabeleceu historicamente, principalmente, na cidade de Crateús.

2. Por que falar de município saudável hoje?

A transposição deste tipo de estratégia, construída em um país rico como o Canadá, para países do Terceiro Mundo exige que se faça, em primeiro lugar, um questionamento sobre a sua validade: como pensar na realização de uma tal proposta em países como o Brasil, com graves problemas sócio-econômicos?

De fato a América Latina e o Brasil aparecem como sendo um dos maiores cenários de desigualdades do globo terrestre, onde a pobreza e a opulência convivem lado a lado. Em um de seus últimos informes analisando a pobreza no mundo, o Banco Mundial (2001) destaca que 2,8 bilhões de pessoas vivem com uma renda média menor que dois dólares por dia. Isto quer dizer que a pobreza atinge quase metade da população mundial. Além disso, o contingente de pessoas que vive na chamada zona de miséria, isto é, com renda inferior a um dólar por dia e, portanto, sem condições de garantir a satisfação das suas necessidades básicas, é de cerca de 1,2 bilhão de indivíduos, o que equivale a um quinto da população global. O mais estarrecedor é que apenas 2% desta população de indigentes concentram-se na Europa, sendo que todo o restante se espalha pelo Terceiro Mundo, cujos países estão localizados, em sua grande maioria, no Hemisfério Sul. São pessoas que habitam a América Latina e o Caribe, a África e as regiões Meridional e Central da Ásia.

Ao longo dos últimos dez anos, ao invés de diminuir, como consequência do avanço tecnológico, da redemocratização, do surgimento das novas tecnologias, a desigualdade e a pobreza aumentaram na América Latina. Tome-se, aqui, como exemplo os dados do CEPAL (1999), cuja pesquisa realizada demonstra que no Brasil, por exemplo, a pobreza incide sobre 29% dos domicílios e abaixo da linha da miséria estão, pelo menos, 11% das famílias brasileiras.

Segundo Bernardo Kliksberg (1999), um dos mais renomados estudiosos da realidade latino-americana, os 20% mais ricos, neste continente, detêm mais da metade de toda riqueza gerada (52%), enquanto sobram apenas 4,52% destes recursos para os 20% mais pobres. Para este autor, o Brasil é um dos campeões da desigualdade, já que 15% de toda riqueza nacional concentra-se nas mãos de apenas 1% da população, que corresponde, evidentemente, os mais abastados. Por outro lado, os 25% mais pobres só detêm 12% de toda a renda nacional gerada.

No Brasil, segundo dados do IBGE (2001), a população jovem é composta por mais de 34 milhões de indivíduos.³ Espera-se, para o ano de 2005, que haja cerca de 102 milhões de jovens na América Latina e no Caribe. Uma das principais preocupações que emergem diante deste crescimento da população juvenil mundial é que tipo de educação seria compatível com a expectativa gerada em torno do papel social destes sujeitos. Como pensar uma educação que permita a ascensão social e a conquista da cidadania? Esta equação se torna ainda mais difícil se considerarmos que um grande número destes jovens estão hoje fora da educação formal. No Brasil, por exemplo, segundo um estudo feito por Pizarro (*apud* Abramovay, 2002), 92,3% dos jovens foram alfabetizados, mas este número recrudescer enormemente, quando se observam os outros níveis da educação formal. A escola secundária e, sobretudo a superior, ainda é privilégio de muito poucos.

Diante deste quadro desolador, torna-se impreterível a adoção de políticas públicas capazes de reverter a situação de forte exclusão social do Brasil e da América Latina. Assim sendo, se em países do Primeiro Mundo a estratégia das cidades saudáveis tornou-se um razoável instrumental de envolvimento do cidadão na gestão da coisa pública; nos países subdesenvolvidos este tipo de articulação é condição de possibilidade para se alcançar níveis dignos de qualidade de vida. Por este motivo, a Organização Pan-Americana da Saúde, OPAS (2002) recomenda a implantação de municípios saudáveis na América Latina, uma vez que a adoção deste tipo de estratégia tem permitido, entre outras coisas: a) contribuir para o processo de descentralização; b) fortalecer a participação comunitária nas tomadas de decisões políticas; c) compreender a importância da Promoção da Saúde por parte da

³ Neste caso, estão sendo chamados de jovens todas as pessoas com idade entre 15 e 24 anos, assumindo-se aqui uma categorização mais ou menos universal para juventude, entendida como aquela fase que sucede a puberdade e termina com a idade adulta.

população; e, por último, d) ajudar na otimização dos recursos públicos, bem como a eliminar a duplicação dos esforços.

Evidentemente, para que isso ocorra, é imprescindível que a municipalidade adote determinadas atitudes, sem as quais torna-se impossível a implementação da proposta. É preciso que haja um compromisso político por parte dos eleitos e das lideranças sociais com o ideário da proposta. Também é crucial a disposição para investir-se na participação comunitária, durante todas as fases do processo. O desenvolvimento de um processo de planejamento e a capacidade de construir parcerias e consensos entre as instituições envolvidas precisam ser priorizados tanto quanto a habilidade de formular políticas públicas saudáveis. Enfim, tudo isso precisa ser acompanhado de um processo permanente de monitoramento e avaliação que permita corrigir o curso, quando necessário, e ajude a desenvolver uma programação rumo à auto-sustentabilidade, OPAS (2002).

3. Desenvolvendo o município saudável

3.1 – O lugar e o outro como condição para o município saudável

Compreendo como sendo um município potencialmente saudável não o que apresenta invejáveis índices de desenvolvimento humano, mas, sobretudo, aquele onde se desenvolve uma intrincada teia de relações entre o poder público e a sociedade local, tendo como pano de fundo a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

Assim sendo, o que caracteriza o ambiente saudável, de acordo com o meu ponto de vista, é a profunda vinculação existente entre os cidadãos e o seu entorno físico e social. Não é possível falar de espaço saudável se os sujeitos sociais não se sentem fazendo parte dele. Um município, para ser saudável, precisa ser amado pelas pessoas que lá habitam. Elas precisam compreender que aquele espaço lhes pertence e que,

portanto, necessita ser cuidado por elas e pelos que elegem como sendo seus representantes.

A este processo de vinculação profundo das pessoas com os espaços físicos e sociais chamamos “identidade de lugar” (*place-identity*). É interessante compreender que “toda identidade de lugar apresenta-se como um devenir, isto é, como algo que não é dado aprioristicamente e nem é construído de modo solipsista, portanto, longe da coletividade”, Brandão, p. 148 (2000). Assim sendo, as pessoas podem aprender a fazer do seu município uma parte de si mesmas, uma vez que este representa a extensão de seu bairro, do mesmo modo que o bairro é a extensão das suas ruas, e estas das suas casas e do seu próprio corpo. Sem desenvolver este processo de identificação das pessoas com estes espaços, não existe município saudável, pois não nos apropriamos daquilo que nos é estranho ou indesejado. Um exemplo interessante da importância da identidade de lugar para a construção do ambiente saudável foi o que ocorreu certa feita com um grupo comunitário de um determinado município onde trabalhamos. Para aquelas pessoas, que moravam em um bairro periférico da cidade, não lhes parecia interessante construir laços com tal local. Admitir-se como membro daquela comunidade de indivíduos pobres e esquecidos pelo poder público seria o mesmo que assumir a condição de fracassado. Muito melhor lhes parecia fazer parte de um bairro mais elitista e respeitável, onde se sentiriam pessoas mais valorizadas por si mesmas e pelos outros. Enquanto não se discutiu a relação das pessoas com o bairro não foi possível caminhar, pois elas não o experimentavam como lugar íntimo e, portanto, não se sentiam fazendo parte daquela coletividade.

Como construir, então, este processo de identificação das pessoas com os seus espaços sociais, tais como: a casa, a escola, a rua, o bairro e o município. Ainda que não exista um protocolo pronto para isso, sabemos algumas pistas. Em primeiro lugar, é preciso fortalecer os laços de afetividade entre as pessoas, Brandão (1999). É através do afeto e da amizade, que construímos para com os outros, que os lugares passam a se tornar cheios de sentido para nós. Quem poderia esquecer o cenário onde ocorreu seu primeiro beijo? Quem não have-

ria de lembrar dos lugares onde sofreu fortes emoções de alegria ou de tristeza? Construir uma relação saudável com os outros é construir uma relação profunda com os lugares. Como toda relação, esta afetividade com os entornos, que Tuan (1980) chama de Topofilia, pode ser aprendida se construirmos as oportunidades adequadas de interação entre as pessoas.

É igualmente importante estimular a construção de um processo de tomada de consciência, por parte dos cidadãos, de tudo aquilo que existe no seu território. Que equipamentos sociais estão ali instalados? Como estes equipamentos podem ajudar mais efetivamente para que aquela comunidade desfrute de uma qualidade de vida melhor? Compreender os meandros sócio-políticos de determinado território constitui uma maneira muito eficaz de intensificar os vínculos entre os indivíduos e sua comunidade.

Por último, não basta apenas solidificar os laços afetivos interpessoais e facilitar a apropriação cognitiva dos espaços físicos e sociais, é fundamental também construir com os sujeitos da municipalidade ações práticas que busquem fortalecer a inclusão social e diminuir as desigualdades existentes. Através das práticas solidárias e inclusivas, as pessoas aprendem a transcender a visão individualista e fragmentada, resultante de uma educação perversa e excludente.

Assim como pensar, sentir e agir são as marcas da identidade humana, aquilo que permite tanto a hominização quanto a humanização; refletir sobre os limites e as potencialidades do espaço que nos rodeia, desenvolver uma atitude afetiva e aberta para com aqueles que fazem parte de um mesmo território, bem como a realização de atividades emancipadoras concorrem fortemente para a construção de espaços saudáveis.

3.2 – Pensando sobre um modelo de organização de Municípios Saudáveis

A partir das experiências realizadas ao longo dos últimos anos, por outros profissionais e por mim em vários municípios do Nordeste do Brasil, proponho a construção de municípios potencialmente saudáveis a partir da ação sincrônica e articulada sobre três esferas fundamentais da municipalidade, que são a gestão, a participação comunitária e os serviços públicos. A figura 1, apresentada abaixo, representa, portanto, a sincronicidade desta tríade, sem a qual pode se tornar demasiado árdua e pouco profícua a tarefa de desenvolver municipalidades saudáveis no nosso contexto.

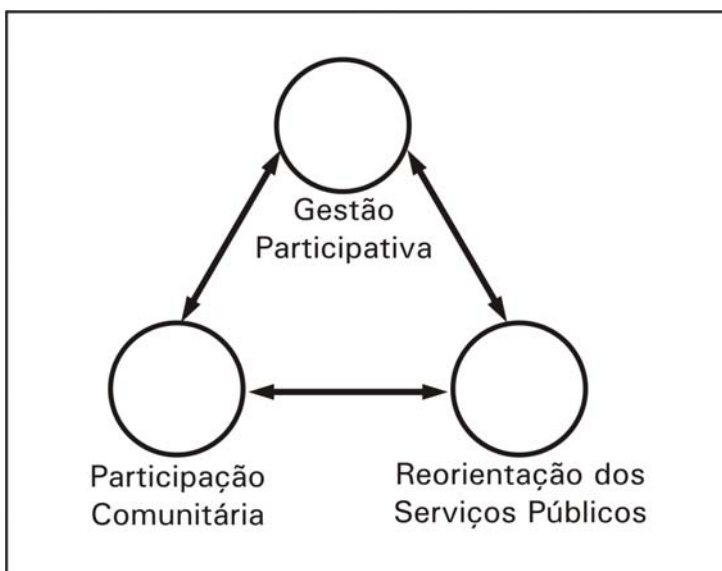


Figura 1 – Modelo de implementação de municípios saudáveis

Examinarei, a seguir, cada uma destas esferas que serão tomadas aqui em separado, apenas por uma questão didática, uma vez que é na articulação entre elas que a proposta do município saudável se concretiza.

3.2.1 – Sem gestão participativa não há município saudável

O processo de desenvolvimento do município potencialmente saudável começa com a gestão. Sem a férrea vontade do prefeito de promover uma administração marcada pelo concerto e pela parceria, ou, de outro modo, se não houver o seu empenho pessoal em liderar essa iniciativa, a proposta torna-se meramente discursiva e facilmente desperta a incredulidade das pessoas.

Por outro lado, o processo de aproximação da gestão em direção ao cidadão precisa ser compartilhado com a equipe, daí a necessidade de uma estratégia de avaliação e planejamento sistemáticos entre o prefeito e sua equipe de secretários. No Ceará, como também em outros estados do Brasil, há alguns anos, certas municipalidades desenvolvem uma regularidade de encontros gerenciais semanais ou mensais, onde os gestores analisam o impacto das estratégias traçadas em comum e refletem sobre a possibilidade de desenvolver ações intersetoriais.

Com intuito similar, uma iniciativa interessante pode ser a formação de uma célula intersetorial, com a participação de profissionais das várias secretarias existentes no município. Diferentemente do grupo gerencial, que, normalmente, discute aspectos mais políticos e estratégicos, a comissão intersetorial se debruça sobre questões mais técnicas e práticas. Também cabe à comissão funcionar como órgão de apoio às ações do município saudável, intermediando as relações dos gestores entre si e dos mesmos com a sociedade. Este foi o objetivo pelo qual foi criada a Comissão Intersetorial do Município Saudável em Crateús (CINT), que acompanhou as ações do projeto durante todo o processo de implementação e desenvolvimento. Sem a CINT, muitas das ações discutidas não teriam chegado à sociedade local e estariam relegadas às discussões dos gestores da municipalidade.

A prática do planejamento participativo pode se tornar também um instrumental poderoso na construção de municipalidades saudáveis. Longe da rigidez de uma planifi-

cação normativa, o planejamento participativo, tal como é proposto por Danilo Gandim (1999), não se resume apenas à elaboração fria e burocrática de um plano. O próprio processo de planejamento configura-se como sendo um processo de aprendizagem, em que os sujeitos sociais assim se reconhecem. À etapa objetiva de elaborar uma programação a ser cumprida e avaliada em conjunto com a comunidade precede uma etapa mais subjetiva de desenvolver uma ação comunicativa entre os sujeitos. Neste sentido, a construção de uma visão compartilhada do município saudável funciona como ponto de partida para o desenrolar das ações conjuntas entre os eleitos e a sociedade civil que representam. Também Lachance e Morissette (1998) descrevem com muita propriedade os efeitos que o planejamento participativo pode ter sobre a proposta do município saudável. No entender destes autores, a estratégia de planejamento não apenas racionaliza as ações públicas, mas desenvolve uma intensa teia social na municipalidade.

Uma outra iniciativa que pode se tornar bastante eficiente na formação de uma atitude dialógica entre os eleitos e a comunidade é a criação do Conselho da Cidade. De 1995 a 1998, realizou-se, no Ceará, um movimento forte de implementação de Conselhos Municipais de Desenvolvimento Sustentável (CMDS). Estes conselhos foram criados com a pretensão de funcionar como fóruns da municipalidade, onde os cidadãos, as lideranças comunitárias, os eleitos, os segmentos sociais e as organizações de uma determinada municipalidade poderiam reunir-se, discutir os problemas que deveriam ser enfrentados e refletir sobre as potencialidades que precisariam ser alavancadas.

A figura 2 mostra a estrutura básica destes conselhos, que, ainda hoje, permanecem vivos em vários municípios cearenses, constituindo uma poderosa ferramenta sócio-política de enfrentamento da realidade nordestina.

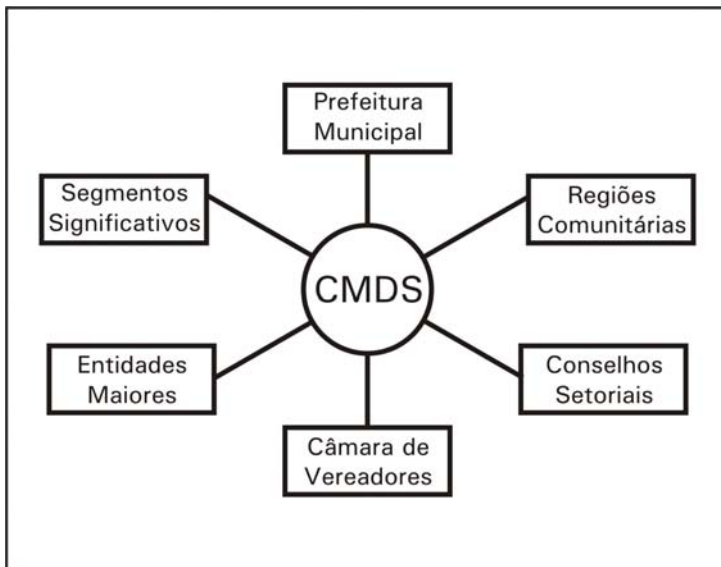


Figura 2 – Representação esquemática dos CMDS (Fonte: Góis, 1999).

Entre os objetivos destes conselhos, podem se destacar: a) construir democraticamente uma visão de futuro para o município, orientando esforços, tempo e a população em direção a um lugar desejável; b) fortalecer e desenvolver formas de participação da municipalidade junto à gestão municipal e estadual, visando o exercício efetivo da cidadania; c) implementar uma mentalidade de planejamento e de ação integrada entre administração e população com vistas ao desenvolvimento auto-sustentável do município, Góis (1999).

Convém recordar aqui que a organização dos CMDS envolveu dezenas de profissionais das mais distintas áreas, bem como estudantes das principais universidades cearenses, na tentativa de, juntamente com o poder público e com a sociedade organizada, criar espaços de diálogo entre as insti-

tuições governamentais, as comunidades rurais, os movimentos sociais e as entidades que habitam os municípios.

3.2.1.1 – A Roda que gira e gera as organizações

Campos (2000) propõe que a Roda funcione como método de gestão das organizações que trabalham com saúde pública. Para ele, este modelo, que consiste na formação de uma mandala ou círculo, do qual participam todos os integrantes de uma determinada organização, constitui uma excelente estratégia de gestão, uma vez que a roda pode ser, ao mesmo tempo: administrativa, terapêutica e pedagógica.

No município de Sobral, ao longo dos últimos oito anos, tem sido fortemente estimulada a implementação da Roda como método de gestão. Assim sendo, em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as equipes reúnem-se normalmente uma vez por semana, com a participação de todos os profissionais, incluindo desde o gerente da UBS àqueles que realizam serviços gerais, para discutir os problemas enfrentados pela equipe, pensar alternativas de soluções, ou ainda deflagrar processos de educação permanente. Na Roda, trabalham-se também as relações interpessoais e o clima grupal, além de deflagrarem-se processos de planejamento e avaliação das ações da equipe na comunidade.

Além de integrar percepções distintas de uma mesma problemática e esforços conjuntos, a Roda serve também para fortalecer a auto-estima grupal, enfrentar os conflitos e aproximar a equipe das pessoas que habitam naquele território. É, muitas vezes, nela que os saberes e práticas de cada profissional podem se articular com os dos demais, quebrando a formação fragmentada que cada um deles teve no aprendizado da sua profissão e na vida. Independentemente de ter ou não formação superior, ou do lugar que cada um ocupa na unidade, todos podem participar, discutir, criticar, apoiar e argumentar. Constitui uma tentativa de formar uma comunidade ideal de comunicação, como defende Habermas (1990),

em que todos os interlocutores partem de um mesmo lugar, a saber, da capacidade que cada um tem de falar e de escutar.

3.2.1.2 – A necessidade de se adotar políticas públicas inclusivas

Enfim, um processo amadurecido de gestão compartilhada não se faz apenas com a reestruturação do modelo de administração pública, mas também com a adoção de políticas inclusivas, que sejam voltadas para a redução das iniquidades sociais e das desigualdades econômicas. Tais políticas conferem resultados à reorganização proposta e legitimidade aos discursos realizados. O que caracteriza fortemente este tipo de políticas não é apenas o fato de investir-se em arte, cultura, educação ou economia solidária, mas a possibilidade de permitir à comunidade reinventar o seu *modus vivendi*.

No município de Crateús, por exemplo, cada comitê comunitário do Município Saudável recebeu um pequeno aporte financeiro da prefeitura que foi utilizado para a implementação de um projeto local direcionado para fortalecer a inclusão social dos moradores. Ainda que a quantia em questão fosse relativamente modesta, este tipo de iniciativa foi avaliado muito positivamente por todos os atores envolvidos, uma vez que ele permitiu a realização de variados eventos, cursos e, inclusive, iniciativas voltadas para a geração de renda na comunidade. O mais importante não foi apenas ver jovens e adultos aprendendo a fazer teatro nas ruas, desenvolvendo oficinas pedagógicas, praticando capoeira ou música, mas observar o processo coletivo realizado desde a discussão das prioridades ao momento de avaliação das iniciativas implementadas em cada uma das respectivas localidades.

3.2.2 – A participação comunitária no meio do caminho

Consideremos agora o problema da participação comunitária. Em primeiro lugar, é preciso fazer uma distinção aqui entre os conceitos de participação e mobilização. Quando falamos em mobilização social, estamos nos referindo a um processo de envolvimento da comunidade em torno de um objetivo específico que precisa ser atingido. Assim sendo, a mobilização social é temporal, pois ocorre pontualmente, uma vez que as pessoas precisam ser sensibilizadas para que determinada ação ocorra. A articulação dos moradores de uma localidade para a realização de uma campanha de vacinação pode ser um bom exemplo de uma estratégia de mobilização social. Neste caso, o agente externo, que pode ser a equipe de saúde da família ou outros profissionais da Saúde, procuram sensibilizar a comunidade para que ela tome consciência da importância da campanha. Quanto mais as pessoas se envolverem, mais eficiente será a realização da mesma. Por outro lado, uma vez atingido o objetivo proposto, aquela ação social está concluída. Diferentemente, nos processos de participação social, o envolvimento comunitário não atende a objetivos específicos, sendo, portanto, uma atividade permanente da comunidade. Em última análise, o que se procura nos processos participativos é o apoderamento (*empowerment*) da comunidade⁴. Cada ação realizada concorre para que as pessoas se apropriem mais do seu modo de vida comunitário, à medida que refletem sobre a realidade que as circunda e da qual fazem parte.

⁴ Ainda que vários autores traduzam a palavra inglesa *empowerment* como *empoderamento*, prefiro utilizar o termo *apoderamento*, não apenas por entender que inexistente a necessidade de se cunhar um termo novo para designar algo que é perfeitamente compreendido com outra palavra, mas, principalmente, porque a palavra *apoderamento* está ligada, etimologicamente, ao verbo *apoderar-se*, que é reflexivo, e que, portanto, denota melhor o sentido que se quer imprimir aqui. De fato, as pessoas se apoderam elas mesmas da realidade, ao invés de serem “empoderadas” por outrem.

A formação, por exemplo, de um comitê comunitário é mais uma estratégia de participação social do que de mobilização. Em Crateús (CE), os comitês do município saudável foram formados com a participação de representantes escolhidos pelas respectivas comunidades. A exemplo das Mesas de Bairro de Montreal, são pequenos grupos que, reunindo-se sistematicamente, preocupam-se em melhorar a qualidade de vida da sua localidade. Os comitês têm estrutura variada, alguns são mais simples e outros mais complexos, de acordo com a realidade local que refletem. A figura abaixo demonstra, de modo sintético, a composição dos comitês comunitários, figura 3.

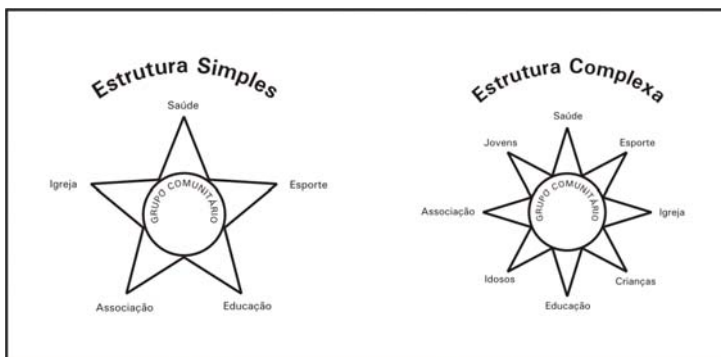


Figura 3 – Composição dos comitês comunitários de Crateús (CE)

Ainda que não ocorra necessariamente um processo de amadurecimento que todos os comitês realizem independentemente de suas condições sócio-políticas, é muito interessante o modelo abaixo, construído por Idalice Barbosa, psicóloga responsável pelo acompanhamento dos grupos comunitários de Crateús, demonstrando um movimento psicossociológico dos comitês do município saudável.

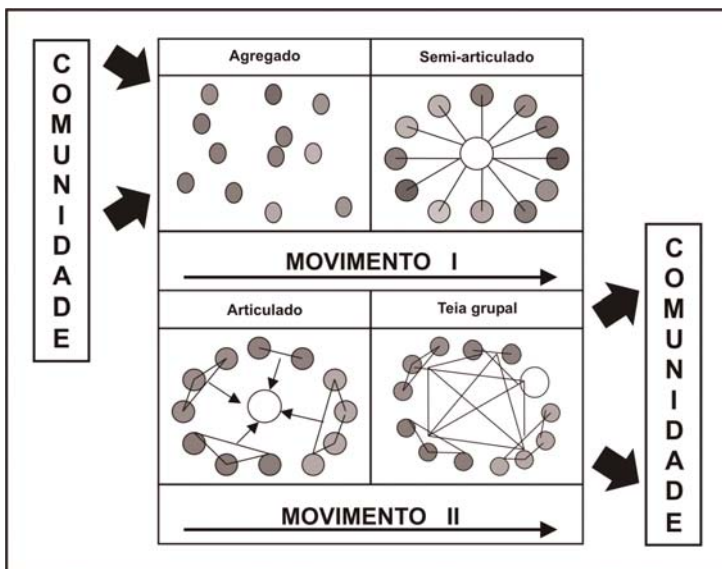


Figura 4 - Processo psicossociológico dos comitês comunitários

Nos grupos agregados, conforme se pode notar, as relações entre as pessoas são ainda tênues e elas não se sentem pertencendo de fato ao comitê comunitário. Este é o típico cenário dos grupos em formação, que, normalmente, apresentam pouca coesão. Com o passar do tempo, de acordo com seu próprio processo de organização, este agrupamento de pessoas pode evoluir para a formação de um comitê semi-articulado. Neste caso, existe uma integração maior dos participantes, há uma regularidade nos encontros e há a construção de metas e objetivos coletivos. Todavia, os esforços conjuntos ainda estão muito relacionados à vontade do facilitador (ou coordenador), que se situa no centro da ação grupal. Quando essa situação é provisória, o grupo tende a crescer mais e se fortalece também a autoridade das outras pessoas, emergindo novas lideranças. Este é o caso do grupo articulado, onde o papel do facilitador, ainda que importante, encontra-se um pouco mais diluído, por conta da variedade de configurações internas construídas dentro do espaço grupal. Neste tipo de grupo, as pessoas sentem-se motivadas a realizar os projetos coletivos independentemente da estimulação do

facilitador. Formam-se também pequenos subgrupos ou equipes que conseguem realizar tarefas propostas sem destruir a homeostase coletiva. Por último, a teia grupal consiste no aprimoramento do grupo articulado. Aqui já não há mais necessidade de facilitador, pois os participantes ocupam este espaço. A liderança circula entre os próprios membros, em função do objetivo traçado, e o grupo desenvolve uma profunda relação com a comunidade de onde se origina, figura 4.

Evidentemente, nem todos os comitês comunitários ou quaisquer agrupamentos sociais, conseguem realizar todo este percurso, mas ele serve como orientador para os nossos trabalhos na comunidade. Como condição para a realização deste processo, é preciso investir na construção de duas competências grupais: a instrumental e a comunicativa. A primeira competência desenvolve-se no cuidado objetivo com os acordos realizados e, principalmente, com os resultados que precisam ser obtidos. Todo grupo tem tarefas a cumprir, que devem ser propostas e pactuadas coletivamente, mas que precisam transcender a esfera do discurso e acontecer de fato. Se as idéias não se convertem em resultados esperados e visíveis, o grupo tem sua eficiência posta à prova, de tal sorte que a incredulidade e a desmotivação podem tomar conta das pessoas. Por outro lado, não adianta construir uma forte capacidade operativa num grupo se não houver uma relação interpessoal madura e afetiva entre as pessoas. A construção da competência comunicativa é, portanto, algo que não deve ser esquecido pelo grupo, quando ele procurar desenvolver suas tarefas e atingir os seus objetivos. Ela é desenvolvida através da formação de vínculos afetivos entre as pessoas, que podem ser fortalecidos através de jogos grupais ou mesmo pela própria dinâmica que o grupo desenvolve.

3.2.2.1 – A Formação do comitê comunitário para a promoção da saúde

O processo de construção dos comitês comunitários do município saudável, realizado em Crateús, de 1998 a 2002, pode servir de roteiro para a formação de grupos de promoção da saúde em outras localidades. Após a realização de uma etapa inicial de encontros na comunidade, para definição coletiva dos participantes do comitê, constrói-se o primeiro passo que é a investigação do sistema semântico da palavra saúde na comunidade. Aqui, utilizando a técnica do Círculo de Cultura, de Paulo Freire (1987; 1992), o grupo é convidado a des-construir a palavra “saúde”, evocando o seu significado social e o sentido que assume para cada um dos participantes. Idéias como qualidade de vida, amor, luta, paz, coragem, alegria, esperança e vida, entre outras, são comentários relacionadas ao termo saúde. A reflexão em torno da palavra geradora ajuda as pessoas a tomar consciência de como estão as condições de saúde no lugar onde vivem. Por outro lado, elas são convidadas a compreender a saúde como algo mais amplo e ligado a outras esferas das suas vidas. Entendida como algo do seu cotidiano e não como uma área privativa do saber médico, a saúde passa a ser vista como uma produção da comunidade. Neste sentido, é própria comunidade que tem a capacidade de não apenas evitar doenças, mas, principalmente, de gerar a saúde através da ação coletiva sobre os determinantes (estilos de vida, condições sócio-econômicas, etc.).

Tendo se apropriado do conceito de saúde no seu sentido mais amplo e após compreender que a produção da saúde é responsabilidade coletiva, os participantes são convidados pelo facilitador a iniciar o segundo passo, que é a construção coletiva de mapas mentais da comunidade. Os mapas mentais são desenhos coletivos, realizados em pequenos grupos e compartilhado com todo o comitê. Cada mapa traz a visão que os respectivos participantes têm do lugar/comunidade do qual fazem parte. Não se trata apenas de um desenho geográfico, mas psicossocial. Nele são colocados os espaços físicos mais importantes para as pessoas, tais como a igreja, a

escola ou o campo de futebol do bairro. Alguns grupos também desenham aquelas pessoas que assumem uma função de liderança no lugar, como a professora, o líder político local, o religioso, ou o presidente da associação. O importante aqui é, realmente, mapear a comunidade em termos das relações estabelecidas entre as pessoas e destas com o entorno físico. A reflexão sobre a natureza das relações estabelecidas entre os atores sociais e destes com espaços pode ser muito útil para provocar a ação coletiva destes mesmos sujeitos.

O terceiro passo consiste na identificação dos potenciais de saúde presentes na comunidade. Ainda utilizando os mapas cognitivos e afetivos, os participantes têm condições de identificar quais espaços daquele território são mais propensos para a propagação da saúde comunitária. Nesta lista, normalmente aparecem a escola, a igreja, a associação comunitária, o posto de saúde, o chafariz, o açude, a praça e outros espaços sociais existentes. A tarefa proposta ao grupo agora é discutir de que modo a comunidade pode se apropriar mais efetivamente destes espaços a fim de desenvolver a estratégia da promoção da saúde. Como fazer, por exemplo, que o chafariz se torne um espaço promotor da saúde, ao invés de ser um mero fornecedor de água para a população? A discussão realizada em torno dos potenciais da saúde permite a execução de várias atividades que irão fortalecer o trabalho do comitê comunitário e, por outro lado, aproximá-lo mais da coletividade local, ganhando, assim, visibilidade e relevância.

O último passo do processo de formação dos comitês comunitários é a realização do planejamento participativo. Esta etapa, que é um pouco mais demorada do que as anteriores, permitirá aos participantes do comitê solidificar as relações de confiança e amizade construídas entre si (competência comunicativa) e, por outro lado, facilitará também desenvolver uma programação para o comitê, levando em conta as potencialidades e as necessidades da comunidade. Como produto do planejamento temos, por exemplo, a elaboração de projetos sociais que são discutidos com os parceiros da comunidade, como a prefeitura, o estado, a união ou organizações não-governamentais nacionais e estrangeiras.

Durante o trabalho de implementação do Projeto Município Saudável em Crateús e como tentativa de fortalecimento dos comitês comunitários, realizamos também um processo de formação permanente das lideranças dos comitês comunitários rurais e urbanos. Deste modo, sistematicamente, os coordenadores destes grupos encontravam-se periodicamente para avaliar o trabalho feito em cada um dos comitês, como também para discutir as dificuldades e as oportunidades comuns encontradas. Por outro lado, alguns conteúdos foram trabalhados com estas lideranças, tais como: a) história e definição do movimento dos municípios saudáveis; b) habilidades e instrumentos essenciais ao trabalho sócio-comunitário; c) o desenvolvimento do grupo em direção à autonomia; e d) a postura do facilitador de processos grupais e comunitários. No curso de formação de facilitadores, trabalhamos com uma metodologia reflexivo-vivencial, que desenvolvia tanto a capacidade cognitiva quanto o potencial afetivo e comunicativo dos participantes.

3.2.3 – A reorientação dos serviços públicos e o cidadão como eixo norteador das políticas

Tão importante quanto à construção de uma gestão pública compartilhada e o desenvolvimento de uma participação comunitária ativa é a reorientação dos serviços públicos. Primeiramente, é preciso entender como serviços públicos não apenas aqueles empreendidos pelo poder público, mas também os resultantes das ações das organizações não-governamentais e entidades filantrópicas. A segunda questão a ser discutida aqui é: para onde devem ser reorientados os serviços? A resposta poderia ser para a melhoria da qualidade de vida do cidadão e não para a realização de uma estrutura burocrática e auto-suficiente, que não atinge o modo de vida comunitário.

Aqui pode ser pensada uma enormidade de ações com vistas ao redesenho do serviço público tendo como finalidade o melhor atendimento do cidadão. Gostaria, todavia, de citar apenas alguns exemplos que, conforme compreendo, promo-

veram uma reorientação nos serviços públicos em dois municípios cearenses.

Uma estratégia interessante que ocorreu no âmbito das ações do Projeto Município Saudável, em Crateús, foi a modificação do currículo das escolas municipais do ensino fundamental. A inserção de uma disciplina transversal chamada “município saudável” permitiu às crianças que cursam a escola pública a possibilidade de discutir sobre questões existenciais profundas, tais como: a atitude pessoal diante do próprio corpo, a importância da sexualidade na vida de cada um, a discussão em torno das drogas e da violência na sociedade local, e, por último, o papel de cada cidadão diante do município, a saber, o lugar onde todos moram. O mais interessante desta proposta não foi propriamente a reinvenção do currículo escolar ou a introdução de temas que já são lugar-comum na vida dos jovens, mas a possibilidade de desenvolver com crianças e adolescentes uma atitude dialógica em torno de questões tão cruciais na formação das suas identidades. Além disso, significou a possibilidade de re-pensar o papel de cada um na coletividade, chamando a atenção para as responsabilidades que cada indivíduo tem na construção da cidade saudável.

Este movimento só foi possível pela participação entusiasmada dos profissionais da secretaria de educação local, bem como do conjunto de educadores que se lançaram na tarefa de construir uma proposta pedagógica para viabilizar a introdução desta disciplina nos currículos das escolas públicas municipais. Como saldo do trabalho, foi elaborado um livro didático pelos próprios professores da rede municipal. Além de trazer informações importantes e jogos grupais, o livro convida o aluno a debater e a vivenciar, com seus pares, a problemática de cada um dos temas referidos anteriormente.

As duas outras experiências que julgo relevantes ocorreram em Sobral, o mais importante município da região norte do Ceará. A primeira delas foi a realização da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, numa parceria entre a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e a Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA). Esta iniciativa consiste num curso de especialização *latu sensu*, com

caráter de residência, para os profissionais que estão integrados à rede de atenção primária de Sobral. Deste modo, médicos, enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais, psicólogos, educadores físicos, nutricionistas e fisioterapeutas, entre outros, são convidados a participar de uma mesma residência, cuja finalidade é aperfeiçoar a Estratégia de Saúde da Família em cada um dos territórios do município. Na Residência, os profissionais da saúde têm uma formação mais ampla que lhes é comum, centrada na apropriação do território e no contato com as famílias, e uma formação mais específica, que leva em conta as competências respectivas de cada uma das profissões. Efetivamente, todos os residentes estão atuando nas comunidades e aprendendo a conviver com o saber e a prática do outro. Ao fazê-lo, quebram a rigidez da sua formação acadêmica e a fragmentação do saber que construíram ao longo de suas práticas. Por outro lado, são chamados a refletir juntamente com seus pares a fim de aperfeiçoar o trabalho que cada uma das profissões de saúde tem neste tipo de estratégia Xavier *et al.*, (2004) e Moreno *et al.*, (2004).

Para ajudar no trabalho que os residentes realizam nos territórios, existe a figura do preceptor, que é um educador mais experiente que acompanha todo o trabalho realizado pela equipe de saúde na comunidade. A tarefa do preceptor não é administrativa, mas pedagógica. Ele funciona como elo entre o profissional e a equipe e entre esta e o território, Sales e Pagani (2004); Sucupira e Pereira (2004).

Assim sendo, a implementação da Residência multiprofissional veio permitir uma nova configuração no serviço de saúde: a prática dos profissionais se tornou mais refletida e cada um deles aprendeu mais sobre os limites do seu conhecimento, bem como sobre a importância do papel que o outro tem para o sucesso da estratégia. Por outro lado, isso permitiu também uma territorialização mais efetiva, em que estes profissionais se aproximaram mais estreitamente das famílias e das pessoas que compõem o espaço onde atuam, Filgueiras e Andrade (2004).

Nesta mesma direção, de melhoria da Estratégia de Saúde da Família, foi criado o curso universitário para agentes comunitários de saúde (ACS), que veio permitir àqueles

profissionais que estão mais próximos da comunidade a possibilidade de ter uma formação superior, como ocorre com seus colegas médicos, enfermeiros ou odontólogos, Lavor *et al.*, (2004). Para muitos ACS, que iniciaram suas atividades com pouca ou nenhuma formação escolar, e que foram desenvolvendo seus estudos até a conclusão do ensino médio simultaneamente à realização do trabalho comunitário, a possibilidade de adentrar no mundo da universidade significou a realização de um sonho pessoal. A formação universitária lhes permite relacionar-se com os outros profissionais das equipes de modo mais equitativo, mas o mais importante é que o currículo construído foi integralmente pensado a partir das competências pessoais e profissionais que se espera de um agente promotor da saúde na comunidade. Constituem áreas de aprendizagem importantes, por exemplo: desenvolvimento comunitário, abordagem familiar, estilos de vida saudável, saúde mental, ciclos de vida, saúde reprodutiva, atenção ao idoso, desenvolvimento ambiental e sustentável, questões de gênero e violência.

4. Alguns pressupostos para a construção de municípios potencialmente saudáveis

Creio ser interessante também apresentar algumas crenças desenvolvidas ao longo dos anos, que vimos trabalhando com a proposta de implantação de municípios saudáveis no Nordeste do Brasil. Estes pressupostos pode ajudar àqueles que pretendem implementar práticas similares, na medida em que servem como referenciais éticos para a realização deste tipo de proposta.

Em primeiro lugar, considero uma evidência que cada indivíduo constitui um ser em transformação e que nunca está completamente pronto e acabado. É muito interessante a visão de Ciampa (1994) que compreende a identidade humana como metamorfose. De acordo com este autor, o que nos caracteriza não é a estabilidade mas a possibilidade de mudança que ocorre a cada instante. Esta idéia é muito poderosa para a construção de ambientes saudáveis, pois confere aos

sujeitos a possibilidade de transformarem-se a si mesmos e aos seus entornos a cada momento. É justamente este potencial de transformação que move as pessoas em direção ao futuro desejado, sem o qual não é possível se pensar espaços saudáveis.

Também a idéia de que o mundo e a vida obedecem a uma lógica dialética e que, portanto, constroem-se na contradição e no movimento, parece-me uma crença importante para o desenvolvimento de municípios saudáveis. Este pressuposto nos ajuda a compreender que a vida não se resume ao existente, mas também ao possível e ao vir-a-ser. Diante de uma sociedade repleta de desigualdades sociais e disparidades econômicas, podemos ter uma visão positiva de que é possível construir um mundo diferente, marcado pela inclusão e pela equidade social.

Do mesmo modo, precisamos aprender a conviver melhor com a afetividade e com os vínculos interpessoais. O trato com as emoções sempre foi algo muito difícil na história da humanidade e, de certo modo, essa mesma atitude também está representada na filosofia, para quem muitas vezes o afeto foi sinônimo de irracionalidade e des-razão, Rouanet (1990). Ora, sabemos, hoje em dia, que a afetividade está na base das nossas ações e que não é possível fugir dela. Aliás, não seria nem mesmo viável fazer isso, pois é através dos afetos que as pessoas se aproximam e dão sentido àquilo que fazem, Sawaia (2003). Compreender que a afetividade gera a efetividade pode constituir um aprendizado importante para aqueles que se ocupam com a construção de grupos saudáveis. Assim sendo, desenvolver grupos e coletividades é estimular a relação afetiva e os vínculos de amizade e companheirismo entre seus participantes.

Por último, é preciso que se compreenda que a participação comunitária não é uma dádiva, mas uma conquista. O apoderamento não se realiza como consequência de uma política benevolente das autoridades eleitas, mas, sobretudo, por um processo de envolvimento permanente da coletividade. Entendida dessa forma, a participação só é possível como um processo lento e permanente, realizável a partir da existência de uma postura dialógica por parte dos sujeitos sociais.

Por último, na avaliação da proposta de implementação de municípios potencialmente saudáveis, considero relevante observar alguns indicadores, entre os quais gostaria de destacar (Figura 5):

- a.* A internalização da idéia de “município saudável” no âmbito da gestão municipal, que se realiza pela assimilação da proposta por parte de todos aqueles que fazem parte da municipalidade, tanto eleitos quanto profissionais das diversas secretarias;
- b.* A efetiva articulação de pessoas e organizações em torno do questão da participação social na saúde, entendida aqui não apenas como controle social do serviço de saúde, mas como a própria capacidade da população de assumir o campo da saúde como sendo de sua responsabilidade;
- c.* O efetivo reconhecimento, por parte da gestão municipal, do potencial criativo e mobilizador das comunidades, que se reflete na formulação de parcerias entre a prefeitura e as organizações comunitárias na realização de atividades e projetos de interesse social;
- d.* O envolvimento da sociedade municipal, através de suas organizações civis, em torno das ações de interesse público, bem como na devida mobilização destas mesmas organizações a fim de reivindicar o atendimento de suas prioridades e a realização das potencialidades por elas identificadas;
- e.* O efetivo desenvolvimento de uma teia de suporte comunitária, isto é, a formação de redes sociais que podem conferir legitimidade ao trabalho das lideranças populares, bem como na formulação de projetos e atividades concertadoras originadas na sociedade civil;

- f.* A capacidade de se fazer emergir novas lideranças, oriundas do trabalho comunitário e conscientes do seu vínculo com a coletividade;
- g.* A efetiva implementação de projetos comunitários voltados para a diminuição das desigualdades sociais e econômicas, recorrendo-se a atividades pedagógicas, culturais, artísticas e/ou relacionadas à economia solidária;
- h.* A introdução da temática do ambiente saudável e da equidade social nos currículos escolares, de modo a contribuir para a construção de uma consciência crítica e transformadora em crianças e jovens, tornando-os mais sensíveis à relevância da cidade e do município em suas vidas;
- i.* O fortalecimento da capacidade da sociedade civil de, ela mesma, desenvolver ações voluntárias voltadas para a coletividade, não como forma de substituir o trabalho do poder público, mas como estratégia de sensibilização dos cidadãos para uma tomada de consciência de suas responsabilidades sociais;
- j.* O desenvolvimento do valor pessoal dos cidadãos, isto é, a capacidade que as pessoas precisam ter de acreditar em si mesmas e no seu potencial, como sujeitos históricos transformadores da realidade na qual estão inseridos;
- k.* A capacidade de disseminação da experiência realizada para outros municípios do Brasil e do mundo, dando visibilidade às construções inovadoras, definindo limites e encontrando parceiros para levar a cabo a proposta de formação de redes regionais e nacionais e internacionais de municípios saudáveis;

Certa feita, escutei de uma liderança popular que a razão de ser do trabalho comunitário é ajudar a resgatar a fé

que as pessoas precisam ter nelas mesmas para poder caminhar rumo à autonomia. Neste sentido, penso que a estratégia do município saudável pode contribuir fortemente para a construção de pessoas mais confiantes do seu potencial de ser e para o desenvolvimento de espaços mais saudáveis. Por este motivo, Trevor Hancock (1999) situa a idéia das cidades saudáveis como uma importante ferramenta para enfrentar os desafios do século XXI, entre os quais: responder às necessidades essenciais de todos; assegurar a equidade social; promover o desenvolvimento econômico a partir de valores coletivos; assegurar a viabilidade ecológica; promover uma cultura de paz e não violência; estabelecer governos democráticos; criar ambientes saudáveis; controlar as doenças infecciosas; e fortalecer o poder de espírito dos cidadãos. Por mais difícil que possa parecer encarar todos estes desafios, a possibilidade de um mundo melhor é concreta e depende, acima de tudo, da participação de cada um de nós.

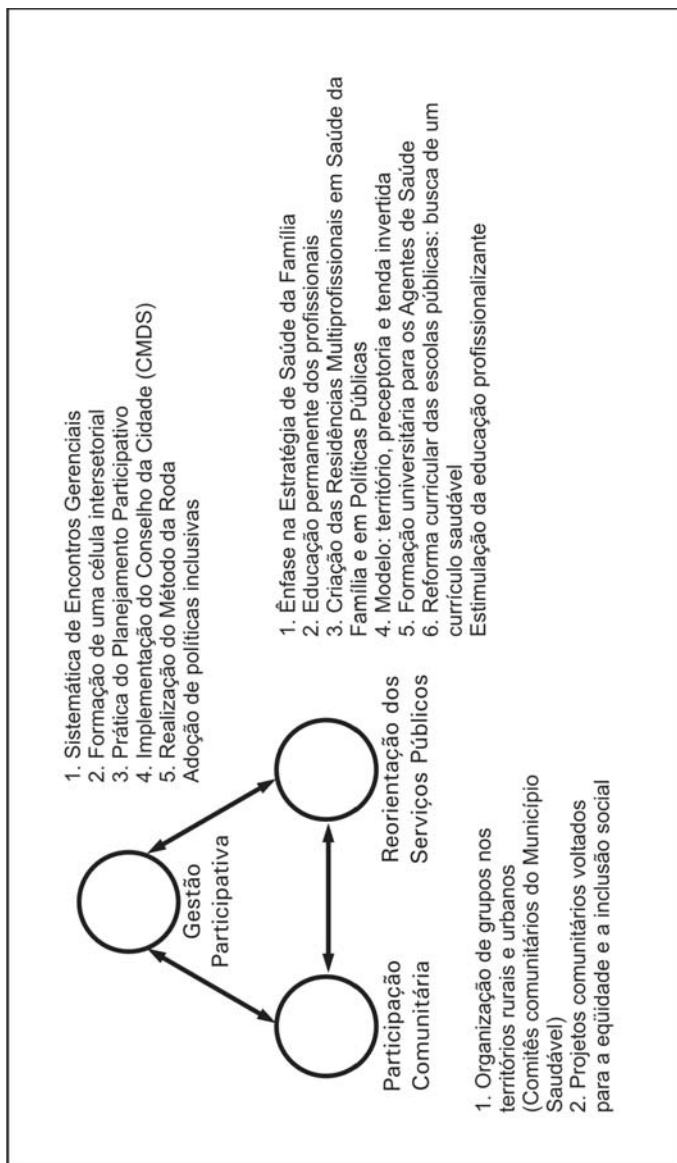


Figura 5 - Esquema de construção de Municípios Saudáveis.

Referências Bibliográficas:

1. ABRAMOVAY, M. *et al.* **Juventud, violencia y vulnerabilidad social en America Latina: desafios para politicas publicas.** UNESCO, 2002.
2. ASHTON, J. "The origins of Healthy Cities" In Ashton J. (org.) *Healthy Cities.* Open University Press, Philadelphia, 1992.
3. Banco Mundial. **Informe sobre el desarrollo mundial 2000/2001.** Washington, BIRD, 2001.
4. BOUCHARD, C. **Tous sur le même bateau!** Conferência realizada durante o V Congresso Francófono de Cidades e Vilarejos Saudáveis. (mimeo). Tunísia, 04-07 de dezembro de 1999.
5. BRAGA, J. M. *et al.* *Cratêus: um processo compartilhado.* **Promoção da Saúde** Nº 02. Brasília, Ministério da Saúde, nov/jan 1999.
6. BRANDÃO, Israel R. *Amor e amizade nos jardins da psicologia comunitária: uma contribuição da filosofia política ao trabalho psicológico.* In. BRANDÃO, I. R. e BOMFIM, Z. A. (orgs.) **Os jardins da psicologia comunitária: escritos sobre a trajetória de um modelo teórico-vivencial.** Fortaleza, ABRAPSO-Ceará/UFC, 1999.
7. BRANDÃO, Israel R. **Em busca da terra prometida: um estudo sobre identidade de lugar com residentes de localidades rurais atingidas pela construção do Complexo Industrial-Portuário do Pecém (CE).** Fortaleza, Dissertação de Mestrado em Sociologia, UFC, 2000.
8. CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.** São Paulo, Hucitec, 2000.

9. CAMUS, A. **L' Etranger**. Paris, Gallimard, 1989.
10. CATON, L. e LARSH, S. *An idea whose time has come*. In: Ontario Healthy Communities Coalition (OHCC). **Inspiring changes: healthy cities and communities in Ontario**. Toronto, OHCC, 2000.
11. CEPAL. **Panorama social da América Latina**. Santiago de Chile, CEPAL, 1999.
12. CIAMPA, A. C. **A estória do Severino e a história da Severina – Um ensaio de psicologia social**. São Paulo, Brasiliense, 1994.
13. CORDEIRO, C. (coord.) **Município saudável – Relato das experiências em Crateús e Sobral**. Fortaleza, ESP-CE, 2001.
14. FILGUEIRAS, I. W. L. e ANDRADE, L. O. M. *O olhar do especialista de Sobral (CE) sobre o Programa Saúde da Família. Sanare – Revista de Políticas Públicas*, Ano V, Nº 01, Sobral, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2004. pp. 141-150.
15. FREIRE, P. **Educação como Prática de Liberdade**. Ed. Paz e Terra. 21a edição, Rio de Janeiro, 1992.
16. FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Ed. Paz e Terra. 22a edição, Rio de Janeiro, 1987.
17. GANDIM, D. **A prática do planejamento participativo**. Petrópolis, Vozes, 1999.
18. GÓIS, C. W. L. *Método de Ação Municipal – estratégia metodológica para implantação dos Conselhos Municipais de Desenvolvimento Sustentável no Estado do Ceará, Nordeste do Brasil*. In: BRANDÃO, I. R. e BOMFIM, Z. (orgs.) **Os jardins da psicologia comunitária: escritos sobre a trajetória de um modelo teórico-vivencial**. Fortaleza, ABRAPSO-Ceará/UFC, 1999.
19. HABERMAS, J. **Pensamento pós-metafísico – estudos filosóficos**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1990.
20. HAESBAERT, R. **Desterritorialização e identidade: a rede gaúcha no Nordeste**. Niterói, Eduff, 1997.

21. HANCOCK, T. **Des gens en santé dans des communautés en santé dans un monde en santé: un défi pour la santé publique au 21^e siècle.** Conferência realizada durante as Jornadas Anuais de Saúde Pública. Toronto, mimeo, 1999.
22. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD**, Brasília, IBGE, 2001.
23. KLIKSBERG, B. **Capital social y cultura: claves olvidadas del desarrollo.** Washington, INDES (mimeo), 2000.
24. KLIKSBERG, B. *Desigualdad y desarrollo en America Latina: el debate postergado.* **Revista del CLAD. Reforma y Democracia**, Nº. 14., 1999.
25. LACHANCE, Roger e MORISETTE, Martine. **L’obsession du citoyen – “Vade Mecum” pour des villes et villages où il fait bon vivre.** Beauport (Canadá), Réseau Québécois de Villes et Villages en Santé, 1998.
26. LALONDE, M. **A New Perspective on the Health of Canadians.** Ottawa, Health and Welfare Canada, 1974.
27. LAVOR, A. C. H., LAVOR, M. C. e LAVOR, I. C. *Agente Comunitário de Saúde – um novo profissional para novas necessidades da saúde.* **Sanare – Revista de Políticas Públicas**, Ano V, Nº 01, Sobral, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2004. pp. 121-128.
28. Ministério da Saúde do Brasil. **Promoção da Saúde – Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta.** Brasília, Ministério da Saúde, 2001.
29. MORENO, G. M. B *et al.* *A inserção da psicologia na Estratégia de Saúde da Família – relato de experiência.* **Sanare – Revista de Políticas Públicas**, Ano V, Nº 01, Sobral, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2004. pp. 77-86.
30. Ontario Healthy Communities Coalition (OHCC). **La Coalition.** Toronto, 2000.

31. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Municípios e comunidades saudáveis – guia dos prefeitos para promover qualidade de vida.** OPAS, 2002.
32. ROUANET, S. P. **A razão cativa – as ilusões da consciência: de Platão a Freud.** São Paulo, Brasiliense, 1990.
33. SALES, I. e PAGANI, R. *A preceptoria de território na Estratégia de Saúde da Família em Sobral (CE).* **Sanare – Revista de Políticas Públicas**, Ano V, Nº 01, Sobral, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2004. pp. 41-46.
34. SAWAIA, B. B. **Afetividade como fenômeno ético-político e locus de reflexão crítico-epistemológico da psicologia social.** Mimeo, 2003.
35. STROZZI, J. B. e GIACOMINI, M. *Município saudável.* **Divulgação 16.** Dezembro de 1996.
36. SUCUPIRA, A. C. S. L. e PEREIRA, A. *A preceptoria na Residência em Saúde da Família.* **Sanare – Revista de Políticas Públicas**, Ano V, Nº 01, Sobral, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2004. pp. 47-54.
37. Toronto Healthy City Office. *Coming Together. Healthy City Toronto 1993-1997.*
38. TUAN, Y F. **Espaço e lugar: a perspectiva da experiência.** São Paulo, DIFEL, 1983.
39. TUAN, Y F. **Topofilia.** São Paulo, DIFEL, 1980.
40. World Health Organization. *Alma Ata. Primary Health Care.* Geneva: WHO, 1978.
41. XAVIER, L, N. *et al. Residência em Saúde da Família – análise da aquisição de competências na visão dos egressos da primeira turma da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.* **Sanare – Revista de Políticas Públicas**, Ano V, Nº 01, Sobral, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2004. pp. 129-140.