

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/328275369>

Promoção da saúde e redes comunitárias para a construção de territórios saudáveis

Book · October 2018

CITATIONS

0

READS

401

2 authors, including:



Samuel Lima

Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

48 PUBLICATIONS 718 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Tecendo redes, construindo pontes: mobilização social e intersetorialidade para promoção da saúde [View project](#)



Geografia Médica, doenças infecto-contagiosas e parasitárias [View project](#)

Os autores evidenciam desde as primeiras páginas do livro o entrelaçar da história e do modo como a ciência compreendeu os desafios postos à realidade social e política para a atenção à saúde... Conhecimento, autonomia e mobilização comunitária são articulados com maestria e os autores expõem as bases conceituais para pensar na construção de territórios saudáveis na dimensão macroestrutural e no cotidiano das comunidades... Ao articular as dimensões macro e microestruturais os autores evidenciam os sujeitos políticos do processo de construção de territórios saudáveis e fazem emergir os traços das políticas públicas saudáveis: intersectorialidade, empoderamento e mobilização comunitária... A vida comum constitui-se, pois, num desejo e numa aposta: de que como coletividade façamos de nossa comunidade um território que potencialize a vida, que promova saúde e que desenvolva as habilidades das pessoas. Tal feito é obra coletiva, a ser tecida a muitas mãos, com engajamento ético e político, o mesmo que guiou Samuel e Flávia a (com) partilhar seus saberes. Que este livro nos dê outros frutos: saberes e fazeres no campo da promoção da saúde e de territórios saudáveis, tão necessários em nosso mundo contemporâneo no qual urge a radicalidade da esperança anunciada por Paulo Freire.

Rosimár Alves Querino

PROMOÇÃO DA SAÚDE E REDES COMUNITÁRIAS PARA A CONSTRUÇÃO DE TERRITÓRIOS SAUDÁVEIS

Samuel do Carmo Lima
Flávia de Oliveira Santos

Promoção da saúde e redes comunitárias para a construção de TERRITÓRIOS SAUDÁVEIS

Uberlândia - MG
2018

Promoção da saúde se faz, primeiramente, com uma ação de governo coordenada e intersetorial. O que acontece é que a governança está organizada em setores distintos, cada qual com seu plano, visando objetivos específicos, a saúde, a educação, o desenvolvimento econômico, o desenvolvimento social, a infraestrutura. Não há uma visão de conjunto e as respostas aos problemas são sempre em fragmentos. Também, não se faz promoção da saúde e construção de ambientes saudáveis sem a participação dos sujeitos do território. Temos a certeza de que promoção da saúde é uma utopia neste mundo dominado por políticas neoliberais e que as cartas de Alma Ata e Ottawa se tornaram extemporâneas. Mas, vale a pena lutar contra a corrente. Talvez, a revolução deva começar pelos pequenos territórios, na vizinhança, nas unidades de saúde da atenção básica dos bairros.

Samuel do Carmo Lima
Flávia de Oliveira Santos

**Promoção da saúde e redes comunitárias
para a construção de territórios saudáveis**

Uberlândia - MG

2018

CONSELHO EDITORIAL

Adriana C. Omena dos Santos
Aparecido José Cirillo
Cesária Alice Macedo
Gazy Andraus
Glaysen Arcanjo
Lídia Maria Meirelles
Leda Maria de Barros Guimarães
Luciana Arslan Mourão
Mara Rúbia Marques
Miguel Rodrigues de Sousa Netto
Paula Arbex
Raquel M. Salimento de Sá
Renato Palumbo Dória

FOTO DA CAPA

Milton Santos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S471t LIMA, Samuel do Carmo; SANTOS, Flávia de Oliveira
Promoção da saúde e redes comunitárias para a construção
de territórios saudáveis;
Samuel do Carmo Lima/Flávia Oliveira dos Santos - 2018
176 p.: il.

Universidade Federal de Uberlândia.
ISBN: 978-85-8324-060-0

1. Promoção da saúde. 2 território. 3. Redes comunitárias.
4. Cidade saudável. 5. Mobilização social. 6. Intersectorialidade

CDD: 614:574 (061.3)

Todos os direitos reservados. Vedada a produção, distribuição, comercialização ou
cessão sem autorização do autor. Os direitos desta obra não foram cedidos.

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	5
1 O PARADIGMA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE.....	9
1.1 A Medicina Social do lugar e do modo de vida.....	11
1.2 O sanitarismo.....	19
1.3 A epidemiologia do risco.....	23
1.4 Promoção da Saúde: a nova constituição epidêmica.....	32
2 A CONSTRUÇÃO DE TERRITÓRIOS SAUDÁVEIS.....	54
2.1 Na escala das infraestruturas urbanas.....	65
2.2 Na escala saúde comunitária, do cotidiano.....	76
3. REDES TERRITORIAIS LOCAIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	93
3.1 Saúde comunitária e educação para autonomia.....	91
3.2 Promoção da saúde com intersetorialidade e mobilização social...	101
3.4 Redes de associações comunitárias.....	107
3.5 Construindo redes comunitárias para o controle do <i>Aedes aegypti</i>	111
3.6 As redes comunitárias em ação.....	137
4 AINDA HÁ MUITO QUE FALAR E OUVIR.....	145
REFERÊNCIAS.....	151

PREFÁCIO

Parceria, fio condutor para compreendermos o processo de construção desse livro e seu convite à ação. A parceria intelectual de Samuel do Carmo Lima e de Flávia de Oliveira Santos, construída no âmbito acadêmico e expressa em outros trabalhos, acena para a intervenção no campo da Saúde Coletiva e das políticas públicas de modo a construir territórios saudáveis.

Os autores evidenciam desde as primeiras páginas do livro o entrelaçar da história e do modo como a ciência compreendeu os desafios postos à realidade social e política para a atenção à saúde. Assim, no capítulo 1 intitulado “O paradigma da determinação social da saúde”, os autores nos brindam com uma exposição sobre a trajetória dos modelos explicativos e de atenção à saúde com ênfase nas intervenções resultantes de cada modelo. A adoção dos determinantes sociais da saúde é explicitada por Samuel e Flávia de modo a sensibilizar os leitores (as) para a ampliação do horizonte compreensivo da Saúde Coletiva. Chama a atenção o zelo em historicizar a emergência dos modelos e problematizar seus avanços e desafios.

Ao final do primeiro capítulo, o leitor (a) terá consolidado as bases teórico-metodológicas para relacionar os determinantes sociais da saúde à promoção da saúde e à criação de territórios saudáveis, sustentáculos dos marcos históricos dos quais emergiu a proposta de Cidades Saudáveis. Um destes marcos é a 1ª Conferência sobre Cuidados Primários em Saúde que, em outubro de 2018, terá seu 40º aniversário celebrado.

O encontro de Alma-ata lançou as bases para a compreensão ampliada dos cuidados primários e o delineamento de estratégias que, posteriormente, foram sedimentadas na 1ª Conferência

Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa (1986). A criação de ambientes saudáveis preconizada em Alma-ata é consagrada em Ottawa como uma das estratégias para a promoção da saúde. Trata-se, pois, neste livro de abordar um tema clássico no campo da Saúde Coletiva e expandir o diálogo com pesquisadores e atores políticos de outros campos do saber.

O modo como a criação de ambientes saudáveis e a proposta de cidades saudáveis são tratadas nas Conferências Internacionais da Saúde capitaneadas pela Organização Mundial da Saúde é exposto no capítulo 2 “A construção de territórios saudáveis”. Nele os autores conceituam cidade saudável como um processo e não como resultado, *“aquela que tem um compromisso com a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos e se esforça por alcançar essa condição, a partir de uma clara intenção de fazer e um projeto a realizar.”* (p. 54). Há uma defesa de causa: a construção de cidades saudáveis requer engajamento ético e político de todos os cidadãos, a mobilização de *experts* e a responsabilização do Estado.

Conhecimento, autonomia e mobilização comunitária são articulados com maestria e os autores expõem as bases conceituais para pensar na construção de territórios saudáveis na dimensão macroestrutural e no cotidiano das comunidades. No cotidiano micropolítico, a comunidade produz sua vida e saúde, produz um “território usado”, como nos disse Milton Santos, chão pleno de possibilidades. É nesta dimensão que podem ser vislumbrados os impactos das políticas macroestruturais e o movimento (cri) ativo das pessoas e das comunidades.

Os cinco campos de ação para a promoção da saúde - “políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde” - são

explanados no capítulo 2 e emolduram o chamado à ação em defesa de territórios saudáveis que promovam saúde e potencializem a vida das comunidades.

Ao articular as dimensões macro e microestruturais os autores evidenciam os sujeitos políticos do processo de construção de territórios saudáveis e fazem emergir os traços das políticas públicas saudáveis: intersectorialidade, empoderamento e mobilização comunitária. Os leitores (as) encontrarão exposição clara e fundamentada desses conceitos e de suas inter-relações na promoção da saúde.

Nesta seara, *“A base da ação está na própria comunidade, nas instituições públicas e comunitárias que estão no território como escolas, centros comunitários, associações, sindicatos”*. (p. 92). Redes formais e informais são incitadas à construção de novos contextos de vida e de saúde que, para além da culpabilização dos indivíduos presente em abordagens centradas exclusivamente na construção de estilos de vida saudáveis, visam desmedicalizar a vida e a saúde com a valorização dos sujeitos, potencialização de suas habilidades e empoderamento.

Após os itinerários histórico, teórico e metodológico dos dois primeiros capítulos, o leitor (a) se encontrará com reflexões sobre o protagonismo dos sujeitos, as potencialidades para a construção e a articulação de redes para a promoção da saúde. Tais reflexões são permeadas pela problematização dos sentidos atribuídos às redes e à comunidade. Emprestamos aqui as palavras dos autores para demarcar o solo comum no qual a proposta de promoção da saúde e construção de territórios saudáveis são semeadas:

“Na comunidade, há vida comum. A atividade comunitária é ao mesmo tempo uma atividade pessoal e coletiva, estabelecida no diálogo acerca da própria vida e dos problemas dos indivíduos em um gru-

po social, sendo orientada pelo sentido (significado pessoal) e pelo significado (sentido coletivo) que a própria atividade e a vida comunitária têm para os indivíduos e para a comunidade.” (p. 100-101)

A vida comum constitui-se, pois, num desejo e numa aposta: de que como coletividade façamos de nossa comunidade um território que potencialize a vida, que promova saúde e que desenvolva as habilidades das pessoas. Tal feito é obra coletiva, a ser tecida a muitas mãos, com engajamento ético e político, o mesmo que guiou Samuel e Flávia a (com) partilhar seus saberes. Que este livro nos dê outros frutos: saberes e fazeres no campo da promoção da saúde e de territórios saudáveis, tão necessários em nosso mundo contemporâneo no qual urge a *radicalidade da esperança* anunciada por Paulo Freire:

“Sei que as coisas podem até piorar, mas sei também que é possível intervir para melhorá-las.

Gosto de ser gente porque a história em que me faço com os outros e de cuja feitura tomo parte é um tempo de possibilidades, e não de determinismo. [...] É a posição de quem luta para não ser apenas *objeto*, mas sujeito também da história” (FREIRE¹, 2013, p. 52-3).

Rosimár Alves Querino

Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva
Núcleo de Pesquisa em Saúde e Sociedade (NUPESS)
Instituto de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

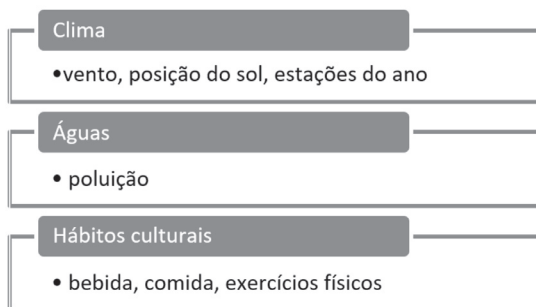
1 Freire, Paulo. **Pedagogia da autonomia**. Saberes necessários à prática educativa. 46 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

1

O PARADIGMA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

A ideia de que a saúde depende do ambiente não é nova. Hipócrates (460 - 366 AC) deixou as explicações da doença que a relacionavam à ira dos deuses para dizer que a causa das doenças estava no meio ambiente e no modo de vida das pessoas. Buscava explicações para a saúde e para a doença dos indivíduos, não dentro do corpo, mas no ambiente. Poderíamos dizer que ele foi pai de muitos filhos, dentre eles a medicina, a geografia da saúde e a saúde ambiental (Figura 1).

Figura 1: Fatores ambientais relacionados à saúde segundo Hipócrates (460 - 366 AC)



Fonte: Pessoa (1972), elaborado por Lima, S.C. (2018)

Devemos citar mais uma vez sua obra “Dos ares, das águas e dos lugares”, tantas vezes citada, para lembrar que em sua concepção a saúde depende do lugar onde se vive:

“Quem quiser investigar devidamente a medicina, deve proceder da seguinte maneira: em primeiro lugar deve observar as estações do ano, o efeito que cada uma delas exerce..., em seguida os ventos...

Também deverá atender às qualidades das águas... da mesma forma, ao chegar-se a uma cidade desconhecida deve-se considerar como se situa em relação aos ventos e ao sol nascente...

Com relação às estações, se o inverno for seco e soprar vento do norte, e a primavera for úmida e soprar vento do sul, haverá necessariamente no verão febres agudas, doenças dos olhos e disenteria (PESSÔA, 1979, p. 96, 97).

Para Celso, médico suíço (1493-1541) dizia que o médico deve viajar, não para conhecer como se vestem as pessoas das várias partes do mundo, mas para conhecer como as doenças afligem os homens.

Como pode formar-se um bom cosmógrafo ou geógrafo sem afastar-se do seu quarto? O médico deve ser um cosmógrafo, não para descrever como se vestem os povos das várias nações, porém para ter conhecimento das doenças que os afetam (PESSÔA, 1979, p. 98).

Com este mesmo entendimento, Boudin (1843) dizia que as doenças que afetam o homem variam no mundo, de lugar para lugar. O que ele queria dizer é que há uma influência dos contextos dos lugares sobre a saúde, assim como sobre o nascer, viver, sofrer e morrer.

Inspirados em Hipócrates, os médicos criaram a teoria miasmática, explicando que alguns lugares eram insalubres

porque emanavam miasmas que se difundiam de cadáveres, de coisas putrefatas, do lixo, por meio do ar e das águas. No início da revolução industrial, as cidades eram pestilentas e os higienistas criticavam essa falta de salubridade. Os miasmas contaminavam o ar e as águas, que por sua vez contaminavam as pessoas. Por isso, era preciso evitar esses lugares ou, então, transformá-los para eliminar os miasmas.

As ideias hipocráticas que relacionavam as doenças ao meio ambiente e ao modo de vida forneceram as bases para o movimento higienista que cresceu na Europa nos séculos XVIII e XIX, e que ainda na pré-história das ciências modernas não separavam as influências do meio natural e do meio social no desenvolvimento das doenças. Isto fica claro nas teorias da constituição epidêmica, que identificavam as doenças às condições geográficas específicas dos lugares, numa perspectiva holística, na qual a saúde está no equilíbrio entre o corpo e o meio ambiente, representado pela *Physis*, sendo que a doença era representada pelo desequilíbrio entre a constituição do corpo e do meio ambiente (CZERESNIA, 2001).

1.1 A Medicina Social do lugar e do modo de vida

Foucault (1998) diz que a medicina antes era exclusivamente saúde individual e privada, mas com a constituição dos Estados modernos surge uma medicina social. Antes, aqueles que podiam pagar tinham o médico a sua disposição, geralmente a domicílio. O doente pobre, quando moribundo, ia para os hospitais que não tinham função terapêutica, senão de consolo para os moribundos que esperavam a morte. Quem cuidava dos doentes nos hospitais não eram os médicos, mas as religiosas ou arrependidas do seu

pecado que faziam isso por caridade ou penitência, em troca de um lugar no céu.

Foi, então, no século XVIII que surge a medicina social, que aparecia com um novo paradigma: antes a preocupação era somente com o indivíduo e o seu corpo doente, agora com a população. Este é o momento da história em que o poder público, com a instituição dos Estados modernos, toma para si a tarefa de cuidar da saúde da população. Em verdade, os Estados desde a antiguidade tinham interesse na população, para manter os exércitos de guerra, mas agora, além da força da guerra era preciso manter a força de trabalho, no capitalismo nascente.

Com a intensa urbanização promovida pela revolução industrial, intensificaram-se a transmissão e a difusão das doenças. Desta forma, o higienismo que era apenas uma doutrina passa a ser higiene pública. O Estado passa a preocupar-se com a falta de salubridade dos lugares e com as condições de vida das populações, por que isso ameaçava a economia.

É importante destacar que não é pela assistência, mas pela vigilância que o Estado assume para si a tarefa de cuidar da saúde. O cuidado aos doentes e o tratamento das doenças continuava com a medicina privada, para quem podia pagar, porque aos pobres reservava-se a caridade e a misericórdia.

Foucault (1998) diz que a medicina social se constituiu a partir de três etapas distintas, com forma e conteúdo diferentes, que chamou de medicina de Estado (Alemanha), medicina urbana (França) e medicina da força de trabalho (Inglaterra).

Na Alemanha, o Estado ainda não unificado precisava contar com a população como força militar e para isso estabelecia mais do que estatísticas de nascimento e mortalidade. A polícia

médica, instituída por Rau, Frank e Daniel (1750 e 1770) estabelecia programas para a melhoria da saúde da população, começando com uma estrutura administrativa que tinha a missão de realizar uma vigilância completa da saúde da população, a partir de registros dos hospitais e dos atendimentos médicos por região, e observações sistemáticas de epidemias e endemias (FOUCAULT, 1998).

Na Alemanha, foi criada uma carreira de funcionários médicos que tinham a função de administrador de saúde, com poder de autoridade pública em um território hierarquizado, como médicos de distrito sobre uma população de 6 a 10 mil habitantes e oficiais médicos que exerciam controle sobre uma população de 35 a 50 mil habitantes.

A saúde e o bem-estar da população passam a ser um objetivo do maior interesse do poder político. A saúde pública é instaurada na Alemanha para cuidar dos corpos que tinham uma importância estratégica para o Estado. **Por estar ao seu serviço, não só o ensino, mas o exercício da medicina passa a ser objeto de normalização e controle do Estado (FOUCAULT, 1998).**



Na França, ao contrário da Alemanha, a medicina social não tem como interesse a unificação do Estado, mas a unificação do poder nas cidades e a urbanização, principalmente em Paris. É que a cidade passa a ser o lócus da produção e do consumo. Com a industrialização e a urbanização acelerada, intensificam os problemas de habitação, poluição, degradação social, epidemias e taxas de mortalidade elevada. Em Paris, a população quase dobrou em apenas 10 anos, de pouco mais de 1 milhão para quase 2 milhões de pessoas em 1870 (MERRIMAN, 2015).

Havia um sentimento de medo constante dos cidadãos em

razão das péssimas condições de vida na cidade.

Nasce o que chamarei medo urbano, medo da cidade, angústia diante da cidade que vai se caracterizar por vários elementos: medo das oficinas e fábricas que estão se construindo, do amontoamento da população, das casas altas demais, da população numerosa demais; medo, também, das epidemias urbanas, dos cemitérios que se tornam cada vez mais numerosos e invadem pouco a pouco a cidade; medo dos esgotos, das caves sobre as quais são construídas as casas que estão sempre correndo o perigo de desmoronar... Tem-se, assim, certo número de pequenos pânicos que atravessaram a vida urbana das grandes cidades do século XVIII, especialmente de Paris FOCUALT, 1998, p. 52.

Outra razão é que revoltas e revoluções sociais, por uma vida mais digna, com os movimentos sociais proletários tomam como palco as cidades, culminando com a instalação da Comuna de Paris, em 1871.

As ações de saúde pública significavam, além de controle das epidemias, controle social, com duas estratégias que se complementavam: o controle dos pobres, que passava pelo controle das moradias, e a reforma urbana, a partir do controle de normas de higiene, para tornar as cidades mais salubres. É aqui que aparecem as raízes do sanitarismo e da higiene pública, cuja preocupação não é primeiramente a saúde da população, mas a salubridade dos lugares. A medicina social na França se preocupa então mais com a salubridade dos lugares do que propriamente das pessoas.

Era preciso identificar os lugares insalubres que pudessem produzir e difundir epidemias, em geral as prisões, os navios, o porto, os hospitais, os cemitérios, além dos bairros pobres,

que amontoavam a população em condições de vida precária. A preocupação era com os lugares insalubres, que deveriam ser saneados.

Ainda que a vigilância e os esquemas de quarentena já estivessem bem estruturados desde os fins do século XVIII na França, foram intensificados neste período com a segregação dos adoecidos para fora da cidade, tal qual nos tempos bíblicos, segregavam-se os leprosos e os mandavam para fora dos muros da cidade. A estratégia era de levar para fora da cidade não só os doentes, mas também o cemitério e o matadouro de animais, por causa dos miasmas que aí se produziam e contaminavam a população.

Para o sanitarismo, era o lugar que precisava ser saneado ou higienizado, para conter a transmissão das doenças, ao invés de tratar as pessoas. As cidades deveriam ser alvos de intervenções urbanísticas porque a desordem do espaço urbano era a causa da produção de miasmas.

Os hospitais precisavam ser controlados e a cidade deveria ter espaços mais abertos para fazer circular o ar mais livremente, assim como os rios deveriam ser drenados para que as águas fluíssem mais rapidamente, para levar os miasmas para longe.

Essa ideia foi apropriada pelos gestores públicos que prometiam realizar aquilo que os higienistas prescreviam. Surgiram, então, planos de intervenção urbana que tinham a finalidade de realizar uma higiene completa do meio físico e social da cidade (COSTA, 2013).

Estabeleciam-se normas e legislações sanitárias para ordenar o espaço e a vida social nas cidades, com base nos conhecimentos da epidemiologia que estava sendo fundada,

implicando naquilo que poderíamos chamar de Saúde Pública.

A medicina urbana não é verdadeiramente uma medicina dos homens, corpos e organismos, mas uma medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência (FOCAULT, 1998, p. 55).

O exemplo maior de intervenção urbana com inspirações neohipocráticas que relacionava às doenças ao meio ambiente foi o Plano Haussmann (1853 a 1870), que tinha por objetivo livrar Paris dos miasmas. A reforma urbana proposta pelo Barão George Haussmann (1809 - 1891) tinha o caráter eminentemente higienista, de saneamento do lugar. Por isso, projetaram-se grandes bulevares, largas avenidas, grandes parques e amplos espaços públicos. Seu plano urbanístico serviu de modelo para várias cidades da Europa e, no Brasil para o Rio de Janeiro.

A medicina social na Inglaterra punha foco na população e nas condições de vida e trabalho, considerando que a causa das epidemias eram as condições sociais e econômicas da população. Foucault (1998) diz que a Medicina Social medicalizou em primeiro lugar o Estado (Alemanha), depois a cidade (França) e finalmente os pobres e os trabalhadores (Inglaterra).

A revolução industrial na Inglaterra, por volta da metade do século XIX tinha produzido uma urbanização sem precedente na história e a culpa pela degradação das condições de vida nas cidades industriais inglesas recaía sobre os pobres.

O mecanismo de controle sanitário dos pobres se estribou na Lei dos Pobres. Nestes tempos iniciais do capitalismo industrial, a pobreza e a miséria aumentaram demasiadamente, o que motivou o debate e a revisão da Lei dos Pobres que vinha sendo

instituída desde o século XVI, como um conjunto de normas e regulamentações, que visava promover a assistência social aos mais pobres e punir a “vagabundagem”. Na medida em que os pobres aceitavam a assistência deveria submeter aos controles médicos, com serviços que não previam cuidados médicos aos indivíduos, mas controle sanitário da população.

Outro motivo para revisar a lei era a preocupação com os movimentos sociais e sindicais que se fortaleciam, para evitar as revoluções que já se organizavam na França e na Alemanha. Havia nisto um mecanismo de controle social.

Segundo Martins; Pimentel (2014), a revisão da lei foi fortemente influenciada pelo liberalismo econômico, fundado nas teorias de Thomas Malthus e David Ricardo, que diziam que os pobres poderiam deixar de ser pobres sendo mais produtivos e não pelo assistencialismo das leis. Para Engels (2008) o auxílio da Caixa dos Pobres era considerado um direito e não uma dádiva, o que diferia do pensamento da burguesia.

A grande contribuição de Engels para a formulação das bases da medicina social, em “A situação da classe operária na Inglaterra”, foi o argumento de que as doenças e as mortes dos trabalhadores nas cidades inglesas do século XIX relacionavam-se às condições de vida e trabalho. Nos bairros pobres dos trabalhadores, conhecidos como bairros de má fama, não havia coleta de esgotos e os excrementos, juntamente com o lixo eram lançados nas ruas.

Por todas as partes, há montes de detritos e cinzas e as águas servidas, diante das portas, formam charcos nauseabundos... Nessa parte da cidade não há esgotos, banheiros públicos ou latrinas nas casas; por isso, imundícies, detritos e excrementos de pelo menos 50

mil pessoas são jogados todas as noites nas valetas, de sorte que, apesar do trabalho de limpeza das ruas, formam-se massas de esterco seco das quais emanam miasmas que, além de horríveis à vista e ao olfato, representam um enorme perigo para a saúde dos moradores (ENGELS, 2008, p.71, 79).

Edwin Chadwick, um dos reformadores da lei dos pobres, também em seu *Report on the Sanitary Condition of Labouring Class*, dizia que as doenças e a alta mortalidade que assolavam as cidades inglesas no século XIX estavam relacionadas diretamente à condição da miséria aviltante dos trabalhadores, e que as epidemias eram resultado do estado de pobreza da população (ANDRADE; BARRETO, 2002).

De certa maneira, com o princípio de *less eligibility* proposto por Chadwick, a nova lei dos pobres assumia o conceito de vulnerabilidade, que considera a necessidade de oferecer proteção social ao indivíduo que estivesse em uma condição mais precária que não pudesse ser comparada a de um trabalhador pobre (FLEURI, 1994).

Esta medicina social que estava centrada no modo de vida e nos determinantes sociais da saúde teve no alemão Rudolf Virchow outro expoente. Ele dizia que para se ter saúde era necessário mais do que cuidados médicos, era necessário democracia, liberdade, educação e prosperidade (ANDRADE; BARRETO, 2002).

A Medicina Social, alinhada com os movimentos populares por melhores condições de vida e trabalho nas cidades reconhecia que as doenças, principalmente as epidemias que se alastravam pelas cidades industriais da Inglaterra, Alemanha e França, estavam diretamente relacionadas às precariedades do modo

de vida, com o que hoje chamamos de determinantes sociais da saúde.

Poderíamos dizer que nos séculos XVIII e XIX, nas cidades industriais da Europa, a medicina social preocupava-se com as pessoas e seus modos de vida e com os lugares em que viviam, por causa dos miasmas, ora mais com as pessoas ora mais com os lugares. Voltamos a frisar que o higienismo não era uma concepção monolítica, mas se estabelecia com variadas correntes, apontando para duas direções principais, a depender a conjuntura política. Deve ficar claro que essas duas posições constituíam uma tensão paradigmática que se interpenetravam (ANDRADE; BARRETO, 2002).

Em uma posição, a direção é para o saneamento dos lugares, estabelecendo normas para a ocupação humana nas cidades e o saneamento ambiental, intervindo para controlar a poluição e os focos de contaminação e de doenças. Em outra, a direção é para a redução das determinações sociais da saúde, sob a pressão dos movimentos sociais e sindicais, estabelecendo legislação de proteção social e leis trabalhistas menos ultrajante, reduzindo a jornada de trabalho, considerando que as más condições de vida e trabalho podem afetar a saúde e produzir epidemias.

1.2 O sanitarismo

No final do século XIX, o Rio de Janeiro era uma cidade pestilenta. Alguns lugares eram considerados insalubres, não por causa dos miasmas, que já tinham sido desmentidos, mas porque neles viviam os pobres, que frequentemente estavam doentes, em razão das condições precárias do modo de vida e do lugar em que viviam.

Os migrantes europeus, tão necessários ao recém-inaugurado mercado de trabalho livre recebiam orientação para não desembarcarem no Rio de Janeiro, nem em Santos, por causa das frequentes epidemias de febre amarela, malária, varíola e peste bubônica, mas deviam seguir para Montevidéu ou Buenos Aires. Isso atrapalhava a economia do país.

Então, os ilustres sanitaristas da época foram chamados a encontrar uma solução para esta desventura. Esses sanitaristas alegavam que era preciso livrar a cidade das epidemias, da promiscuidade e de uma população que se insurgia contra a ordem pública (CHALHOUB, 1996).

Inspirando-se nas reformas urbanas de Paris do Plano Haussmann, o Estado levava a cabo a modernização da cidade do Rio de Janeiro, que mais que dobrou em apenas 20 anos, de 1870 a 1890, com uma população de 522 mil habitantes. Diversos serviços públicos foram implantados, sistemas de transporte coletivo, redes de esgotos sanitários, redes de abastecimento de água, telégrafo, iluminação a gás, telefone, energia elétrica, etc. Ao mesmo tempo, investia-se contra os cortiços, com o respaldo da Inspeção Geral de Higiene, da Academia Imperial de Medicina e da imprensa, que identificavam esses locais como insalubres e foco de epidemias que manchava a imagem da cidade perante os imigrantes estrangeiros (VAZ, 1994).

Os cortiços eram um conjunto de casas e cômodos de aluguel que se amontoavam em espaços restritos e atendiam a uma população de trabalhadores e desempregados (vadios), que ali viviam em condições precárias e insalubres.

Em 1893, há um episódio emblemático no Rio de Janeiro, quando foi destruído o cortiço “Cabeça de porco”. Sob o comando

pessoal do prefeito Barata Ribeiro, com soldados armados, bombeiros e os operários da Empresa de Melhoramentos do Brasil, as casas foram demolidas. A população teve que sair levando apenas a roupa do corpo e alguns pertences. Alguns que conseguiram levar madeiras e restos de materiais da demolição subiram o Morro da Providência e ali improvisaram barracos, tão insalubres quanto os cortiços. Anos mais tarde, em 1897, nesse morro juntaram-se a esses os soldados egressos da guerra de Canudos (CHALHOUB, 1996).

Em Belo Monte de Canudos, havia uma encosta chamada Alto da Favela, porque ali era comum a favela, uma planta da família *Euphorbiaceae*. Os soldados de Canudos que viam uma semelhança deste lugar com o Morro da Providência passaram a chamar esse morro de favela (QUEIROZ FILHO, 2011).

Na destruição dos cortiços, a preocupação das elites e autoridades sanitárias não era a saúde dos que ali moravam. Nestes casos, o sanitarismo mostrava sua face mais perversa e autoritária, que não se importava realmente com a saúde da população.

“A intervenção dos higienistas nas políticas públicas parecia obedecer ao mal confessado objetivo de tornar o ambiente salubre para um determinado setor da população” (CHALHOUB, 1996, p. 9).

Os planos de modernização do Rio de Janeiro continuaram no início do século XX com a administração Pereira Passos. O sentido das reformas urbanas era o mesmo: embelezar a cidade sob a forte influência do capital imobiliário, e higienizar os lugares para debelar as epidemias.

Esta modernização urbana expulsou os pobres do centro

da cidade, que tiveram que sair com a destruição dos cortiços e, em razão dos altos preços das novas moradias higienizadas e do maior valor do solo urbano. Com as melhorias realizadas não podiam pagar pelo aluguel exorbitante das moradias nas áreas centrais da cidade. Também, não podiam morar longe por causa do alto custo dos transportes. Os pobres, então, subiram os morros.

Azevedo (2015) afirma, categoricamente, que as reformas urbanas do Rio de Janeiro não visavam outra coisa a não ser a expulsão dos pobres do centro da cidade, para beneficiar os investimentos e a especulação imobiliária. Neste caso, fica evidente o caráter violento e autoritário do sanitarismo que visava muito mais a uma reconfiguração urbana que atendia aos interesses imobiliários do que a saúde da população. Era a medicina das coisas e dos lugares prevalecendo sobre a saúde das pessoas.

Outro episódio marcante do sanitarismo que evidenciou o seu autoritarismo foi a revolta da vacina, em 1904, que situava-se no contexto das ebulições sociais relacionadas às reformas urbanas promovidas por Passos Pereira e Rodrigues Alves (RIO DE JANEIRO, 2006).

A revolta das vacinas foi mais que um protesto contra a vacinação obrigatória. Mas que isso, era um movimento social por melhores condições de vida, contra as reformas urbanas que derrubavam as casas dos pobres e os expulsavam para onde quisessem ir, desde que deixassem o centro da cidade para o mercado imobiliário. Essa era a intenção não confessada, mas diziam que as medidas eram necessárias para proteger a saúde da população e para conter as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola.

1.3 A epidemiologia do risco

A origem do conceito de risco é controversa. Godim (2007), citando Bernstein (1997) considera que a ideia do risco é datada e demarca o início da modernidade. O que antes se percebia era o perigo, que podia ser de origem natural, enchentes, terremotos, vulcões, furações, e produzidos pelo próprio homem, como as guerras. A partir do início dos tempos modernos, o perigo passa a ser considerado como risco.

Para Bernstein (1997), em seu livro *Desafio aos deuses: a fascinante história do risco*, a fronteira entre a modernidade e a idade média é marcada pela passagem de uma posição passiva diante do futuro, que era espelho do passado. O que teria que acontecer fatalmente aconteceria. O futuro era o capricho dos deuses que os dogmas da religião reafirmavam. Não haviam preocupações com o passado, porque já tinha acontecido e nem com o futuro, porque não se podia mudá-lo. E ainda, o presente era um cotidiano monótono com estruturas sociais muito estáveis. O futuro era determinado e podia ser uma questão de sorte.

Mas, no alvorecer das luzes, Martin Lutero desafiava a Igreja com suas teses protestantes, as ciências náuticas permitiam as grandes navegações ao redor do mundo e a descoberta de novas terras. Nas artes plásticas, pintavam-se a trindade sagrada e os santos sem aureolas e já se veem representadas cenas mundanas, dos homens e seu cotidiano. É o antropocentrismo que vai substituindo o teocentrismo da idade média. Surgia então um modo diferente de pensar o futuro, não como uma determinação, mas como uma possibilidade, eram tempos de luzes. Talvez, fosse possível não ficar, passivamente, esperando

que o futuro chegasse trazendo o infortúnio, mas controlar o futuro, a partir de escolhas do presente. O misticismo e o dogma foram substituídos pela ciência e pela lógica. O fatalismo foi substituído pela possibilidade (BERNSTEIN, 1997).

Outro marco importante para completar esta nova visão dos homens sobre o futuro foi o avanço da matemática e os cálculos de probabilidade. Bernstein (1997) conta que em 1654 um nobre francês que gostava de jogo e matemática levou a Blaise Pascal um enigma: como dividir entre dois jogadores as apostas de um jogo de azar que foi interrompido quando um deles estava vencendo. Pascal, com a ajuda de Pierre Fermat resolveu a questão, que já havia sido formulada duzentos anos antes. O resultado levou a descoberta da teoria das probabilidades. Com isso, era possível não somente pensar o futuro, mas tomar decisões que mudasse o futuro, com a ajuda da matemática.

No século XVIII, sob a influência das ciências modernas, corpo e natureza passam a serem vistos como unidades independentes, sob a égide do pensamento mecanicista. No paradigma do relógio, o corpo passa a ser visto como uma máquina e a doença um defeito da máquina, que deve ser consertado. É o nascimento da clínica. A medicina das coisas e dos lugares ainda era hegemônica na saúde pública, mapeando os lugares para reconhecer os lugares insalubres, mas a clínica, que poderíamos chamar de medicina do corpo, buscava a causa das doenças no corpo adoecido, mapeando-o para saber em que órgão a doença está, sob os olhares da anatomia primeiro, e depois da microbiologia (FOUCAULT, 1977).

Com o desenvolvimento da microbiologia no final do século XIX, descobria-se ao microscópio uma variedade de microorganismos, identificando-os cada um a uma doença

específica. Inaugura-se um modelo de saúde e uma medicina fundamentada na determinação biológica, que se torna hegemônica.

A teoria dos germes impulsionava a bacteriologia, com investigações biomédicas e procedimentos analíticos que passaram a ser o padrão para as ciências biológicas, razão pela qual os estudos populacionais perderam importância.

A saúde pública, completamente engajada ao movimento da revolução bacteriológica, deixa de lado os estudos da população e dos lugares, para se preocupar com os corpos adoecidos. Em situações não epidêmicas passa a orientar ações individuais, prescrevendo comportamentos e higiene pessoal (GÓIS JUNIOR; LOVISOLO, 2003).

Com a noção de agente etiológico, surge a necessidade de se conhecer as doenças a partir de uma relação unívoca e unicausal, para cada doença uma causa. Essa forma de raciocínio, atualmente, ainda domina a atividade médica para o tratamento das doenças infecciosas, que busca saber qual é o agente infeccioso para combatê-lo, normalmente com antibióticos, no caso de bactérias. A teoria miasmática afinal foi vencida, juntamente com as ciências interessadas nos fatores socioambientais e na determinação social da saúde. A medicina social deixa de ser considerada nas políticas públicas.

Por esta época, a epidemiologia perdia importância e estava em baixa, porque se filiava a uma concepção miasmática de constituição epidêmica, que não identificava a causa das doenças, mas os contextos ambientais e sociais para explicar as epidemias. Para voltar a ser reconhecida nos meios científicos, a epidemiologia se aproxima da teoria dos germes, com ideias

que explicam a doença a partir do corpo biológico e não mais a partir do ambiente. Os lugares e os contextos já não importavam, por isso se volta para o indivíduo, abandonando, em parte, suas origens de conhecimento coletivo sobre a saúde da população.

Também, se aproxima da teoria do risco que se consolidou com a matemática e as ciências modernas. Mas, a gestão do risco não chegou a epidemiologia senão depois ter passado mais de um quarto do século XX, por volta dos anos de 1930.

O elemento central de sua episteme passa a ser o risco de adoecer e morrer, o que equivale a buscar o nexos de causalidade e a probabilidade de acontecer. Vê-se, então, a passagem de uma epidemiologia da constituição para uma epidemiologia da exposição (AYRES, 2002; LIMA, 2016).

Na Epidemiologia da exposição, a população são pessoas suscetíveis expostas a um patógeno, que sendo infectadas podem adoecer. O patógeno representa a causa e a exposição ao patógeno equivale ao risco. Risco e causação formam um par inseparável. Junto com o risco veio a estatística; o que efetivamente recolocou a Epidemiologia no topo da escala de prestígio científico foi a estatística (AYRES, 2002).

O objeto epidemiológico passou a ser delimitado como uma relação entre infectados/suscetíveis, que se define como oportunidade de exposição ao agente causal de uma doença. Eis a epidemiologia da exposição; eis a base epistemológica para a formalização do conceito de risco (AYRES, 2002, p. 34).

Com a descoberta dos vetores das doenças, amplia-se a ideia de causação. Agora, a causa era determinada por uma tríade de elementos, baseada no agente etiológico, no vetor e no meio ambiente, este último condicionando os dois primeiros.

O modelo de determinação biológica se fortalece com a clínica, porque o que está em questão é a doença no corpo e a ação do agente infeccioso. Nas ações de saúde pública (vigilância/prevenção), também prevalecem os fatores biológicos (agente etiológico e vetor), consolidando a epidemiologia da exposição.

Pela visão sanitária do modelo biomédico, os indivíduos estão expostos aos riscos de doenças e agravos, sendo por isso necessário estabelecer vigilância epidemiológica e prevenção.

Um dos fundamentos atuais da epidemiologia é a noção de risco. Busca-se reconhecer a condição dos indivíduos e populações que estão expostos aos fatores de risco, identificando os agentes causais e utilizando métodos estatísticos para calcular a probabilidade de concretização da ameaça. Uma das tarefas das vigilâncias em saúde é identificar temporal e espacialmente os fatores de risco de uma doença, agravo; a probabilidade de ocorrência do evento e a severidade do dano que pode causar, para estabelecer ações de prevenção (LIMA, 2016, p. 95).

Aqui, teremos que discutir mais pormenorizadamente a noção de risco. Risco em epidemiologia equivale à probabilidade de acontecer a doença, o agravo à saúde ou o óbito e sustenta as ações de vigilância epidemiológica e prevenção. Neste assunto, a causação das doenças, a exposição e o risco se colocam como questões importantes para a epidemiologia.

É necessário identificar os fatores de risco e os indivíduos e as populações em risco e, ainda, calcular o risco (probabilidade) para definir estratégias de prevenção e eliminação ou mitigação do risco, reduzindo a possibilidade da concretização do dano, por meio de ações de vigilância e controle.

Nesta abordagem do risco, em se tratando de doenças infecciosas, predominam as avaliações sobre a *exposição* ao agente infeccioso. No caso de doenças crônicas não transmissíveis, a avaliação é sobre os *fatores de risco*, principalmente relacionados aos comportamentos e aos estilos de vida (obesidade, sedentarismo, tabagismo, uso abusivo de álcool e outras drogas). A partir disso, as ações de prevenção são definidas com educação para a saúde, prescrevendo mudança de estilo de vida.

Vários problemas podem ser vistos na abordagem do risco, que comprometem a efetividade das ações de prevenção. Em primeiro lugar, a gestão do risco é orientada para uma prevenção individual, principalmente para pacientes de alto risco. A epidemiologia que desde o princípio tinha uma perspectiva populacional, com a hegemonia do modelo biomédico de atenção à saúde, sob a influência da teoria da história natural da doença passa a orientar-se para uma prevenção individual.

Rose (1992) diz que uma pequena redução do risco em um grande número de pessoas (abordagem populacional) é capaz de ser mais resolutiva que a prevenção individual em grupos de alto risco (abordagem individual). E ainda, em se tratando de doenças crônicas não transmissíveis, concentram-se esforços naqueles que já estão doentes, isso não seria prevenção, mas tratamento. O que se faz com os que ainda não estão doentes, mas em pouco tempo estarão? Nada.

Foi exatamente isso que a Fundação Rockefeller propunha como reação imediata a concepção de Atenção Primária à Saúde de Alma Ata, que tinha como meta saúde para todos até o ano 2000. Dizia que a atenção primária que inclui a todos é muito cara e nesse caso o melhor seria eleger prioridades, escolhendo atender prioritariamente os grupos de alto risco, e um

determinado número de doenças (WALSH; WARREN, 1979; CASTIEL, 2012).

Rose (1992); Capewell; Graham (2010) criticaram essa Atenção Primária Seletiva dizendo que o rastreamento e o tratamento de indivíduos de alto risco, em detrimento do restante da população podem aumentar as desigualdades em saúde.

Outro problema é que a abordagem do risco é prescritiva. Seja para sustentar uma estratégia de atenção individual à saúde ou eventualmente uma estratégia populacional, a gestão do risco sempre desemboca na prevenção prescritiva, para mudança de comportamentos e estilo de vida.

Segundo Ayres et al. (2009), a abordagem da gestão do risco é pouco efetiva e ainda culpa o indivíduo, por não ser capaz de atender à prescrição e dar as respostas pretendidas às políticas de prevenção. Isso porque comportamentos e estilos de vida não são produzidos pelos indivíduos, mas pela cultura (LIMA, 2016).

E ainda mais um problema, é que o seu fundamento está vinculado à ideia de causalção. As causas ou fatores de risco, principalmente para as doenças não transmissíveis não explicam totalmente a doença porque os eventos de saúde resultam de uma relação complexa entre atributos individuais, sociais e aspectos contextuais que são capazes de determinar os hábitos e comportamentos dos indivíduos (PROEITTI et al., 2008).

Castiel (1999, 2012), discutindo a promoção da saúde critica os conceitos *estilo de vida* e *autocuidado* como sendo um dos caminhos para a manutenção da saúde. O autocuidado representaria uma autovigilância para evitar os fatores de risco e a decisão de mudar condutas e atitudes para adoção de estilos de vida mais saudável. O que passa é que esses enfoques são

prescritivos, esquecendo-se que o estilo de vida, que preferimos chamar de modo de vida relaciona-se a um contexto que não depende diretamente da vontade do indivíduo, conforme o pensamento de Antony Giddens e Gregory Bateson.

Almeida-Filho (1992) questiona a capacidade da epidemiologia do risco para compreender as interações entre aspectos coletivos e individuais que envolvem o adoecer e o morrer. Diz que a epidemiologia dos fatores de risco não dá conta da complexidade que cerca o objeto saúde/doença. Diz, ainda, que seria necessário um novo paradigma na epidemiologia, que transcenda os conceitos de modos de transmissão e de fatores de risco, porque a epidemiologia voltada para o indivíduo mostra-se extremamente limitada para orientar ações de saúde pública.

Almeida Filho et al.(1998), comentando sobre os programas de educação e prevenção contra a transmissão do HIV/AIDS, dirigidos aos indivíduos, dizem que esta estratégia coloca sobre os indivíduos a responsabilidade sobre as condutas que levariam a redução do risco. Os autores sugerem uma epidemiologia contextual e que esses programas deveriam levar em consideração às relações interpessoais, com aspectos históricos, sociais e simbólicos, assim com as redes sociais dos indivíduos. Concordando com isso, Castiel (1994) propõe a adoção do paradigma da complexidade para resolver o problema das limitações da epidemiologia dos fatores de risco.

Lima (2016), discutindo problemas e necessidades de saúde, diz que a atenção à saúde individual, com abordagem clínica, mira o corpo biológico para tratar a doença, porque o objetivo é a cura e a reabilitação. Diz ainda que abordagem epidemiológica, sempre foi uma abordagem espacial, identificando e localizando

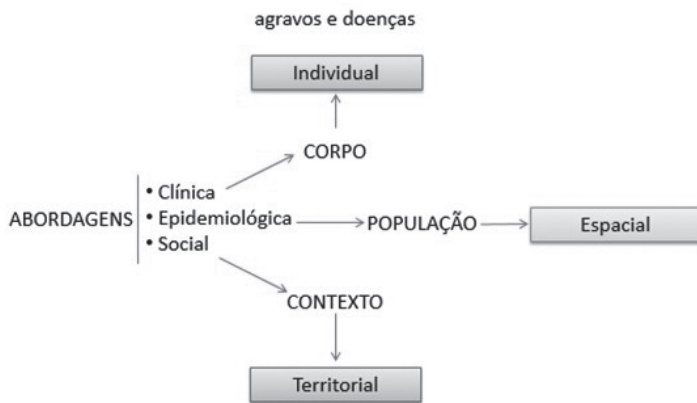
os problemas e necessidades de saúde para compreender o modo de transmissão, os fatores de risco, a incidência e a prevalência das doenças. Mas, sob a influência da teoria da história natural da doença, a epidemiologia se aproximou da clínica, para estabelecer ações de prevenção com abordagem individual. E ainda a vigilância, para orientar ações de prevenção com abordagem epidemiológica deveria voltar às origens. Mesmo dedicada a identificar causas e fatores de risco, deveria considerar a população e o espaço.

Mas, para superar as limitações da abordagem epidemiológica, seria necessária a adoção de uma abordagem social, que não põe foco nos indivíduos da população, mas na relação da população com o seu território, considerando o indivíduo e a população em seus contextos de vida e trabalho.

Na abordagem social, a ação é sobre o contexto que pode ser desfavorável a saúde. A ação não é diretamente sobre o corpo biológico, nem sobre a população, mas sobre o território, que representa os contextos do processo saúde-doença. A preocupação é com os contextos e não com causas ou fatores de risco (Figura 1).

Se nas abordagens clínica e epidemiológica a preocupação é com a doença, na abordagem social a preocupação é com a saúde. Se a doença se manifesta no corpo, a saúde se manifesta no contexto da vida, numa relação complexa que envolve o corpo e o ambiente, no qual aspectos biológicos, sociais, econômicos, culturais, psicológicos devem ser considerados.

Figura 1: Abordagens para a análise dos problemas de saúde



Fonte: LIMA (2016)

Esta abordagem de contexto equivale a ideia de constituição epidêmica do pensamento hipocrático, que foi recuperada no século XVII por Thomas Sydenham (1624 - 1689), que relacionava as doenças ao ambiente, cujo interesse não era identificar a causa, mas a relação complexa que envolvia a doença e o corpo ao contexto dos lugares.

1.4 Promoção da Saúde: a nova constituição epidêmica

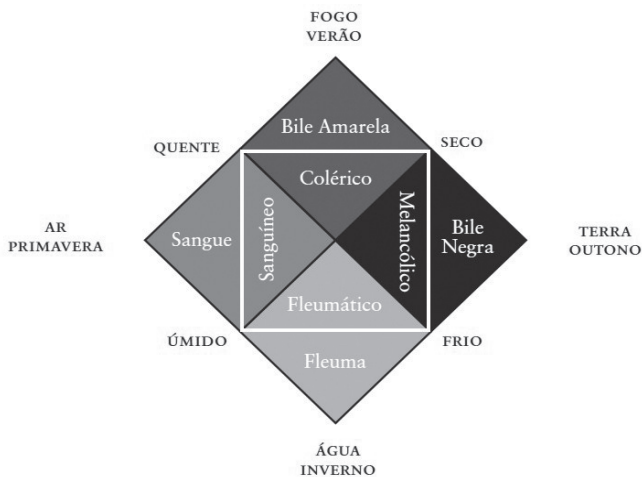
Desde Hipócrates, o ambiente era considerado para pensar a saúde dos indivíduos e populações e com base nisto foram desenvolvidos os conceitos de endemia e epidemia. Pensando que algumas doenças são características de determinados lugares, constrói-se a noção de constituição epidêmica.

Os lugares eram caracterizados por um contexto ambiental que na concepção hipocrática, era representado por uma condição climática, pela qualidade das águas, mas também pelo modo de vida das populações. A saúde humana era vista como uma totalidade, a síntese entre o equilíbrio orgânico do corpo e o equi-

líbrio ambiental do lugar, a partir do conceito de *Physis* (Figura 2), que representava não só a constituição da natureza, com seus elementos formativos ar, terra, água e fogo; e suas qualidades frio, quente, seco e úmido; mas também a constituição individual com os humores corporais: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra, numa concepção dinâmica que não separava no homem o biológico, o social e o psíquico, nem o corpo da natureza, o ambiente externo ao qual se insere (CZERESNIA, 2001; RESENDE, 2009).

Durante a revolução industrial na Europa e a crise da saúde urbana, com base no higienismo da medicina social, as doenças eram vistas, ora como resultado da insalubridade dos lugares, ora relacionadas ao modo de vida e as condições sociais e nunca como um estado biológico do corpo. Mas, com o enfraquecimento dos movimentos sociais e a teoria dos germes conduzida pelos avanços da microbiologia, o corpo torna-se o lócus de maior interesse nas ciências da saúde.

Figura 2: Os quatro humores corporais e os quatro elementos da natureza

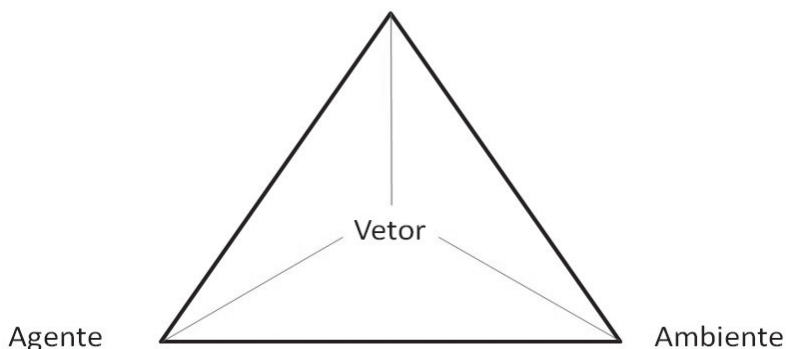


Fonte: RESENDE (2009, p. 51)

A microbiologia, que buscava encontrar a causa das doenças no corpo, encontrou o agente etiológico, um agente específico para cada doença. Está aí a raiz do modelo biomédico, que acendia luzes sobre o corpo adoecido e a patologia. Sobre esse conhecimento desenhou-se o modelo da unicausalidade, que era combatido por aqueles que ainda achavam que para compreender a doença deveriam se considerados, além do microorganismo, o meio ambiente e a susceptibilidade dos indivíduos à infecção.

O interesse pela relação saúde - ambiente só foi retomado mais tarde, com o modelo da tríade causal, pelo reconhecimento de que o agente etiológico sozinho não explicava o comportamento epidemiológico das doenças (Figura 3). Neste modelo, a explicação do processo saúde-doença incluía aspectos do ambiente fora do corpo, mas continuava essencialmente biológica, por considerar como fatores da causalidade o meio físico biológico dos lugares.

Figura 3: Modelo da tríade causal das doenças



Fonte: GORDIS, L. (2014)

Nos tempos que antecederam a 2ª Grande Guerra, nesta linha da tríade causal, que buscava a causalidade das doenças na relação homem - ambiente, aparecem a teoria dos focos naturais das doenças de Pavlovski (s.d.) e a teoria dos complexos patogênicos de Sorre (2006).

Evgeny Pavlovsky era parasitologista russo que tentava explicar a ocorrência de um surto de encefalite na Sibéria. Como a área era de baixíssima densidade demográfica, entendeu que a hipótese da transmissão do vírus de pessoa a pessoa era improvável. Concluiu, então, que esse surto de encefalite tratava-se de uma zoonoses transmitida por vetores (PAVLOVSKY, s.d.).

Na teoria ecológica de Pavlovsky as doenças infecciosas são entidades que se movimentam em um ciclo, a partir da relação entre patógenos (microorganismo), reservatórios (animais vertebrados) e vetores (insetos), constituindo uma patobiocenose em um território específico (territórios nosogênicos). O foco natural das doenças era num determinado território, delimitado por contexto de relações ecológicas que mantinham o ciclo. O homem, ao entrar neste território se expunha e se tornava susceptível à infecção (RIBEIRO, 2001; SILVA, 1997).

Maximilien Sorre era um geógrafo francês que publicou pela primeira vez sua teoria dos Complexos Patogênicos nos *Annales de Géographie*, em 1933 (SORRE, 2006). Sorre retoma a teoria no livro *Les fondements de la géographie humaine*, em 3 volumes, cujo primeiro é dedicado aos fundamentos biológicos, ensaio de uma ecologia do homem. Os complexos patogênicos referem-se a um contexto em que uma doença específica se manifestaria em um dado espaço geográfico (SORRE, 1951).

Diferente da teoria de Pavlosky, na teoria de Sorre o papel mais importante está no homem, que não é somente

sujeito passivo disposto à infecção, mas produtor do complexo patogênico, quando transforma o espaço. Para além dos aspectos ecológicos da doença, que envolviam os patógenos, os vetores e o meio ambiente que os condicionam, envolve também o homem como elemento constitutivo e produtor, não somente passivo, susceptível à infecção.

Essas ideias estavam de acordo com a vertente do pensamento chamado de Geografia Médica, desenvolvida deste o século XVII, que tentava recuperar a lógica hipocrática sobre explicação das doenças na *physis*. A teoria do Complexo Patogênico se aproxima do conceito de constituição epidêmica.

Mas, a força da epidemiologia clínica e o modelo biomédico tirou o brilho dessa ideia, porque colocou o indivíduo no centro, reforçando a concepção biológica do processo saúde-doença. Mesmo com a ampliação do modelo explicativo, com a teoria da multicausalidade que inclui aspectos sociais, econômicos e demográficos, o centro da explicação causal continua sendo biológica e as luzes continuam sobre o indivíduo. Isto se vê claramente na teoria da História Natural da Doença de Leavel e Clark (1976).

Este modelo é muito utilizado para pensar ações de prevenção, mas mesmo neste aspecto, mais confunde que esclarece. Por exemplo, quando o indivíduo não está doente, mas está exposto a um fator de adoecimento (período pré-patogênico), diz-se que é preciso estabelecer prevenção, com proteção específica contra a doença e promoção da saúde, o que chama de prevenção primária. Confunde prevenção com promoção da saúde.

Quando a pessoa adoecer e aparecem os primeiros sintomas (período clínico ou patogênico), ela precisa ser cuidada. Diz-se

que ela precisa de diagnóstico e tratamento precoce, para que a doença não se agrave. Isso é chamado de prevenção secundária. Quando a doença se agrava, o tratamento é para que ela não morra. Isso é chamado de prevenção terciária. Nestes casos, a confusão é tomar o tratamento da doença como prevenção (Quadro 1).

Quadro 1: Modelo da história natural da doença

PERÍODO PRÉ-PATOGÊNICO			PERÍODO PATOGÊNICO OU CLÍNICO		
Períodos	Exposição a fatores de adoecimento		Alterações precoces	Primeiros sintomas	Doença avançada e Convalescença
Níveis de atenção	Promoção da saúde	Proteção específica	Diagnóstico e tratamento precoce	Limitação do dano	Reabilitação
	Prevenção primária		Prevenção secundária		Prevenção terciária

Fonte: Leavel; Clark (1976). Adaptado por LIMA, Samuel do Carmo (2017)

Com o aumento da incidência/prevalência das doenças não transmissíveis e seus agravos, a partir da metade do século XX, a causalidade passa a ser investigada em fatores da biologia do corpo e do estilo de vida, considerando os comportamentos como fatores de risco para as doenças crônicas (DIEZ-ROUX, 2000).

O sinal dos tempos, em que o modelo biomédico de atenção à saúde se estabelece cada vez mais hegemônico é quando a epidemiologia, que era um conhecimento de base populacional, com fortes ligações com as ciências sociais, passa a dedicar-se prioritariamente ao estudo dos indivíduos e o risco de adoecer.

A ascensão da mortalidade por doenças crônicas fortaleceu o paradigma do risco, frequentemente chamado de paradigma da caixa preta, baseando-se na identificação de inúmeros fatores

de risco, nem sempre conectados adequadamente por meio de uma teoria da doença e sem considerar os determinantes sociais da saúde (VETTORE; LAMARCA, 2012).

Na contramão desta história, a partir da segunda metade do século XX surge uma posição contra-hegemônica chamada epidemiologia social, induzida pelas intensas transformações sociais e pelos movimentos políticos de lutas por direitos civis e por melhores condições de vida. Com uma teoria social que conduz a compreensão do processo saúde-doença a partir da análise da situação de saúde da população, no plano coletivo, a epidemiologia social deixa de lado a causação para apoiar-se na ideia da determinação social como modelo explicativo do processo saúde-doença (BARATA, 2005).

Nos anos de 1970 e 1980, durante os estertores das ditaduras militares da América Latina no Brasil, esta epidemiologia social dá sustentação a um movimento de reforma sanitária que se baseava em última análise nas ideias da medicina social do século XIX e tinha como slogan “saúde como direito do cidadão e dever do Estado”.

Esse movimento, que no Brasil foi denominado de Saúde Coletiva, incorporava ao modelo de atenção à saúde a dimensão coletiva, tentando romper com a dicotomia prevenção-cura no modelo de atenção à saúde. Era uma tentativa de superar o modelo biológico de causação das doenças, com atenção à saúde predominantemente individual, centrado na doença e no hospital. Tentava-se abandonar o modelo biomédico da história natural da doença para pensar um modelo de atenção à saúde em que a assistência seja individual, para o tratamento da doença, mas a prevenção e a promoção da saúde sejam coletivas, articulando ações sobre a população e os territórios,

considerando os contextos de vida. Para isso, a referência inicial não poderia ser Leavel e Clark, mas Lalonde.

Lalonde era o Ministro da Saúde do Canadá quando elaborou um relatório que questionava profundamente a baixa resolubilidade e o custo extremamente dispendiosos do Sistema de Saúde do seu país. Concluía que a saúde era um campo multidimensional determinado por quatro fatores: estilo de vida, biologia humana, meio ambiente e acesso ao sistema de saúde. Segundo ele, era preciso reorganizar o serviço de saúde, deslocando o foco que estava posto prioritariamente nos aspectos biológicos da doença e nas ações hospitalares para os aspectos da determinação social da saúde (LALONDE, 1974).

A segunda referência é Alma Ata, não propriamente a cidade do Cazaquistão (ex república soviética), mas a 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde patrocinada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ali realizada em 1978.

A Declaração de Alma Ata dizia que era preciso ampliar o acesso aos serviços de saúde, à começar pelo nível da atenção primária, com o fortalecimento da prevenção e da promoção da saúde, para garantir o direito universal do ser humano à vida, sob o lema “saúde para todos até o ano 2000” (BRASIL, 2002).

Castiel (2012) diz que Alma Ata representa uma clara orientação aos países para que estabelecessem políticas de redução das desigualdades sociais para concretizar o programa “Saúde para Todos até o Ano 2000”. Entretanto, as políticas neoliberais que varreram o mundo nos anos de 1990 barraram essa intenção.

A terceira referência é Ottawa. Foi lá que se realizou a 1ª

Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, que definitivamente inaugurou um novo tempo, em que a concepção de constituição epidêmica ressurgiu, que se colocava com mais força no confronto direto contra o modelo biomédico de atenção à saúde.

A OMS continuou a organizar conferências internacionais para pensar a saúde a partir desse novo paradigma, da determinação social da saúde, pelo qual era preciso reorganizar os serviços de saúde para também fazer além da assistência a doença, prevenção e promoção da saúde. Depois de Ottawa (1986), vieram Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairóbi (2009), Brasil (2012), Helsinque (2013) e Xangai (2016).

Na esteira do movimento internacional conduzido pelas conferências de saúde promovidas pela OMS, que reuniam os países para orientá-los à conversão dos sistemas nacionais de saúde a um modelo de atenção que reconhecia a determinação social da saúde, que priorizassem ações de prevenção e promoção da saúde surge no Brasil um movimento de reforma sanitária, cujos marcos principais foram a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990.

Não se pode ignorar que, a despeito do grande esforço da OMS para orientar os países sobre a necessidade de reorganizar os serviços de saúde a partir das ideias de determinação social e promoção da saúde, que há uma disputa em curso, que envolve não somente posições conceituais, mas embates políticos e ideológicos.

Nesta disputa entre o modelo biomédico e o modelo da determinação social da saúde, permanece hegemônico o modelo biomédico, porque serve bem aos interesses de um estado

Neoliberal, e de uma sociedade elitista. Isso se demonstra na prática das ações, nos sistemas locais de saúde, mesmo naqueles países onde a ideologia de Estado de Bem-estar Social está mais estabelecida.

Mesmo por dentro do novo modelo de atenção à saúde, ocorre uma disputa entre concepções distintas de promoção da saúde. Uma é prescritiva, regulatória, que busca mudança de comportamentos e estilo de vida; a outra propõe a construção de territórios saudáveis, emancipadora, voltada para atuar sobre a determinação social da saúde (SASAKI; RIBEIRO, 2013).

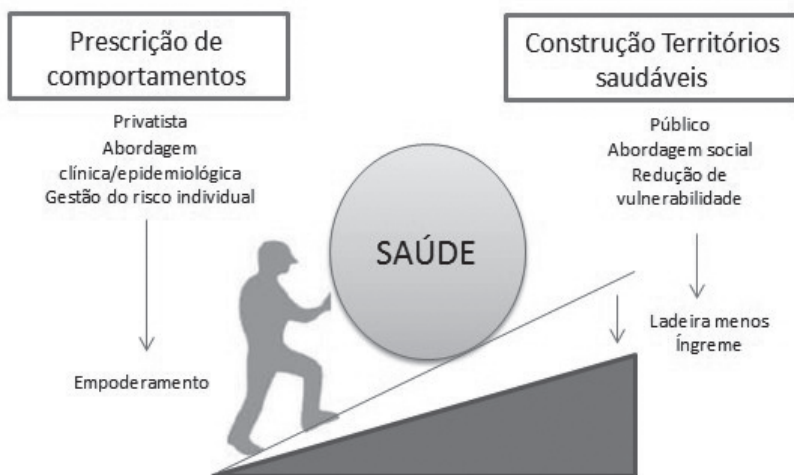
A Figura 4 nos remete ao Mito de Sísifo. Conta-se, pela mitologia grega que Sísifo viu uma grande águia sobrevoando a cidade com uma bela jovem em suas garras. A jovem era Égina, filha de Asopo. A águia era Zeus que a raptava. Sísifo que era o mais astuto dentre os homens, a despeito disso, incorreu em um grande erro que foi contar ao pai da moça o destino da filha, em troca de uma fonte de água para sua cidade, despertando assim a ira de Zeus.

A história é longa, mas o que nos interessa é o castigo a que Sísifo foi submetido. Foi condenado a rolar uma pedra até o cume de uma montanha. Quando a tarefa estava quase cumprida, a pedra rolava abaixo. E todos os dias da eternidade tinha que repetir esse esforço em vão (CASTIEL, 2012).

O Canadá, berço da “nova promoção da saúde”, assumiu como estratégia fundamental de atenção à saúde a primeira concepção, a de empoderar os indivíduos para que possam empurrar sua saúde para cima. Trata-se de uma educação sanitária para mudança de estilos de vida, com ênfase na ação individual, como se a saúde dependesse de cada um e de sua vontade (BRASIL, 2002; POLLAND, 2007).

Como prescrever aos indivíduos comportamentos e estilos de vida quase sempre falha, porque o estilo de vida é produto da cultura e dos grupos sociais, ninguém adere a prescrição. Neste caso, a vítima é culpada por sua enfermidade.

Figura 4: Abordagens de promoção da saúde



Fonte: Adaptado de Moysés (2017)

Parece-me que que por mais esforço ou fortalecido que sejam os indivíduos, o esforço para empurrar sua saúde para cima quase sempre será em vão se não for possível aplainar o terreno ou pelo menos reduzir sua inclinação.

Outra corrente de promoção da saúde, que não põe esforços para prescrever comportamentos e normatizar a sociedade, vai na linha da construção de territórios saudáveis (LIMA, 2016). A abordagem de promoção da saúde, com a criação de territórios saudáveis tem sido mais bem desenvolvida na Europa, a partir da criação da Rede Europeia de Cidades Saudáveis, em 1988, com os seguintes objetivos

(WHO, 2013):

- Promover ações que coloquem a saúde em destaque nas agendas sociais e políticas das cidades.
- Promover políticas e ações em prol da saúde e do desenvolvimento sustentável, a nível local, enfatizando a abordagem aos determinantes da saúde, a equidade em saúde e os princípios das políticas europeias Saúde para Todos e Saúde 2020.
- Promover uma governança intersetorial e participativa para a saúde, a saúde e a equidade em todas as políticas locais e um planejamento integrado para a saúde.
- Gerar especialização de políticas e práticas, resultados positivos, conhecimento e métodos que possam ser usados para promover a saúde em todas as cidades da Região Europeia.
- Promover a solidariedade, a cooperação e relações de trabalho entre cidades europeias, redes de autoridades locais e parcerias com as agências que lidam com as questões urbanas.
- Alargar a acessibilidade da Rede Europeia da OMS a todos os Estados-Membros da Região Europeia.

Enquanto isso, no Brasil, a partir dos anos de 1990, depois da Constituição Federal de 1988 que consolidou os princípios fundamentais do movimento pela reforma sanitária, instituíram-se a Política Nacional de Atenção Básica (2006) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010).

Nestas políticas de saúde, a Estratégia de Saúde da Família foi colocada como prioridade, para reorganizar a atenção à saúde,

para realizar mais que a assistência médica individual; também, proteção, prevenção e promoção da saúde dos indivíduos e das coletividades, de forma integral e contínua, atuando sobre os determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2011, SASAKI; RIBEIRO, 2013).

Mas, há uma dificuldade para que a Estratégia Saúde da Família assuma definitivamente a posição de guardiã dos princípios da promoção da saúde, para exercê-los numa atuação clara sobre a determinação social da saúde, de forma intersetorial e com mobilização social. É que a resistência histórica do modelo biomédico faz permanecerem hegemônicos os aspectos biológicos da doença nas ações e práticas de saúde e a perspectiva individual, a despeito das diretrizes e orientações dos órgãos nacionais e internacionais da saúde prevalece.

Ronzani; Stralen (2003) dizem que dentre os muitos problemas para a efetivação do SUS está a contradição entre suas diretrizes expressas na legislação, com princípios de universalidade, e a realidade política e econômica do Estado neoliberal que abre espaço na saúde para a concorrência de mercado.

Não é possível estabelecer um novo modelo sem desconstruir o velho. Por exemplo, os profissionais de saúde ainda não compreendem muito bem que a estratégia saúde da família, ao lado da assistência individual, deve realizar prevenção e promoção da saúde com abordagens coletivas; e ainda entendem saúde como ausência de doença e confundem prevenção com promoção da saúde.

Em estudo sobre a percepção e a prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Sasaki; Ribeiro (2013) relatam essa dificuldade de entendimento sobre a promoção da saúde.

Promoção da saúde é tudo aquilo que você pode prevenir. [...] é sempre você tá antecipando uma doença, é...você tá avaliando a alimentação do paciente,[...] evitar na verdade a doença, [...]. prevenir essas doenças, diabetes, hipertensão, e outros tipos de doenças [...] (SASAKI; RIBEIRO, 2013, p. 157).

Educação em saúde é destacadamente considerada uma ação de promoção da saúde. O problema é quando a educação em saúde é uma comunicação unilateral, educação prescritiva, voltada para a prevenção contra hábitos e comportamentos ditos não saudáveis e para orientar o tratamento de pacientes e grupos acometidos por patologias específicas.

[...] através de orientações, em grupos realizados na unidade, em visitas domiciliares [...] ela pode ser feita através de orientações, ações educativas, e até mesmo consultas[...] tá sempre ensinando... educando eles a se alimentar melhor, tomar medicação [...] grupo referente a cada tema, pré-diabético, hipertensão, alimentação, alimentação saudável, o que pode evitar ter uma hipertensão, com menos sal, menos gordura, uma comida hipossódica, hipocalórica, nós trabalhamos na saúde muita orientação (SASAKI; RIBEIRO, 2013, p. 158).

De outra parte, os profissionais da saúde estão enredados pela emergência da doença e ainda mais, a formação dos profissionais é voltada para entender e tratar a doença e não para promover a saúde.

[...] porque a lógica é cuidar de quem já tá doente, ou que tem uma situação especial [...] e aquela outra parte de população que seria de... de promover mesmo a saúde, daquela que não tem a doença, fica mais limitado mesmo... nosso atendimento à maioria das pessoas é pra quem já tem a doença (SASAKI; RIBEIRO, 2013, p. 159).

É preciso entender promoção da saúde como uma concepção de saúde holística, que considera a situação de saúde a partir da condição do indivíduo e das populações no lugar onde se vive. Por isso, estamos propondo o resgate do conceito de constituição epidêmica, pela qual a doença resultava de um desequilíbrio da relação entre a constituição do corpo e a constituição do meio ambiente, ou seja, determinação social da saúde (CZERESNIA, 2001).

Para explicar melhor isso e entender promoção da saúde temos que começar o argumento pelas necessidades e problemas de saúde, que são muito mais do que consultas médicas, exames e tratamento das doenças.

Somente com a compreensão dos problemas e necessidades de saúde, no contexto de vida e trabalho dos indivíduos e das populações, no lugar onde vivem, é possível estabelecer ações de prevenção e promoção da saúde (LIMA, 2016, p. 53).

Analisando os problemas e necessidades de saúde em 3 escalas de observação (Figura 5) , na escala do corpo biológico os problemas de saúde realmente referem-se às doenças. A assistência ao paciente, que põe foco no indivíduo, deve colocar a disposição dos profissionais de saúde todo o arsenal de tecnologias biomédicas que se fizerem necessárias para o diagnóstico e a cura, mas a decisão de qual terapia utilizar para o tratamento da doença não pode ser influenciada pela indústria farmacêutica ou de equipamentos.

Mesmo que a doença se manifeste no corpo, para melhor entender a doença, que tem uma história, é preciso contextualizá-la, por exemplo, a cura e reabilitação do indivíduo podem variar com o gênero e as etapas da vida. Também, não basta olhar só para dentro do corpo, deve-se também entender como esse corpo é afetado pelas condições ambientais (LIMA, 2016).

A segunda escala de observação é a família. Políticas sociais e políticas de saúde baseadas no cuidado da família, qualquer que seja sua tipologia ou estrutura, vêm sendo sugeridas pelo SUAS (Sistema Único de Assistência Social) e pelo SUS (Sistema Único de Saúde), cujo objeto de intervenção não são os indivíduos mas a própria família, como um espaço de relações sociais.

Figura 5: Necessidades e problemas de saúde em três escalas de observação



Fonte: LIMA (2016)

Precisamos olhar para a família, para os indivíduos na relação familiar e não cada indivíduo separadamente. Embora a Estratégia Saúde da Família tenha sido proposta para substituir a forma tradicional de atenção à saúde, para assistir os indivíduos no contexto da família, considerando a vida cotidiana e

doméstica, infelizmente, o que ocorre é que as ações das unidades de saúde da família continuam a realizar assistência individual, reproduzindo os antigos modelos de posto de saúde, limitando-se à prática curativa (RONZANI; STRALEN, 2003).

Serapioni (2005) diz que a família representa a unidade básica de atenção à saúde; ou seja, o primeiro nível de atenção à saúde.

Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive... As ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompa os muros das unidades de saúde e enraíze-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam (BRASIL, 1997, p.8)

Entretanto, o processo de trabalho das Unidades de Saúde da Família continua definido por programas verticalizados, fragmentando as ações por patologias, fatiando a população (mulheres, crianças, idosos), com assistência individual, não considerando o contexto do grupo familiar. O mesmo foi dito por Vasconcelos (2000) com relação às políticas sociais, que a grande maioria das políticas para o atendimento individual, desconsidera o universo familiar e comunitário em que vivem.

Costa Neto (2000) diz que a família representa a confluência das realidades vividas pelos indivíduos que não representa apenas o somatório de comportamentos individuais, mas o contexto de um processo integrado, em permanente evolução de cada um, sempre na relação com o outro; diz também que a família deve ser vista como parte integrante do sistema social (lazer, escola, religião, cultura, política e outros).

Deste modo, a Estratégia Saúde da Família deveria

ultrapassar a abordagem individual e considerar os contextos familiares e a vida comunitária, ou seja, deveria cuidar da família; mas faltam definições teóricas e práticas para orientar as ações de saúde que tenham essa visão sistêmica e ecológica da família (CARNEIRO et al., 2007).

A terceira escala de observação é a comunidade e a ação é sobre a população, no contexto do território. É nesta escala que se configura a promoção da saúde, como estratégias que atuam sobre os determinantes sociais da saúde, bem como a vigilância, que identifica contextos desfavoráveis à saúde.

Isto se torna importante porque as políticas nacionais de saúde, em especial a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010), a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), e a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2010) orientam que a atenção à saúde não enfoque somente as ações para tratar e prevenir doenças, mas também em ações de promoção da saúde.

Ainda que sejam importantes a assistência e o tratamento das doenças, porque quem está doente tem pressa, é necessário reconhecer os limites da atenção individual para a resolução dos problemas e necessidades de saúde de uma população, que se relacionam ao contexto da vida cotidiana (LIMA, 2016, p. 16).

Então, de que promoção da saúde nos interessa falar? Certamente, de uma promoção da saúde que se aproxime da teoria da constituição epidêmica, que considere o contexto de vida dos sujeitos. É exatamente isso que propõe a Política Nacional de Atenção Básica que estabelece, em um dos seus princípios, que o cuidado à saúde deve ser estabelecido à população de um território definido, considerando as singularidades de sua inserção

sociocultural, com integralidade e de maneira democrática e participativa (BRASIL, 2011).

Seguindo essa orientação, promoção da saúde nada tem a ver com a prescrição de comportamentos ou estilos de vida saudáveis, configurada em ações normativas e discursos coercitivo.

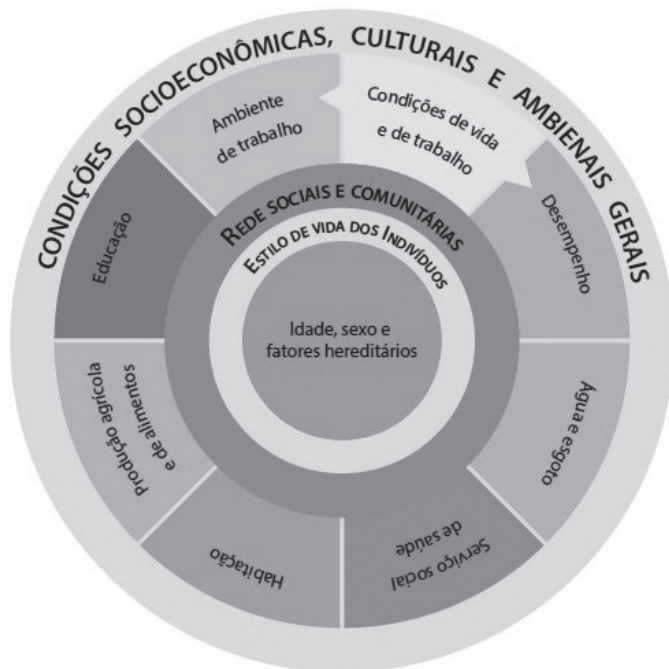
Relaciona-se diretamente com a possibilidade de mudança de contextos de vida, para os quais se deve pensar sobre os determinantes sociais da saúde, para a intervenção. Portanto, promover saúde significa não só prover os cuidados de saúde, mas fundamentalmente melhorar as condições de vida da população.

Dahlgreen; Whitehead (2006) dizem que a condição de saúde das populações está diretamente relacionada às condições sociais e que isso determina suas chances de ser saudável. Dizem ainda que as desigualdades em saúde são iniquidades quando estas desigualdades são injustas e evitáveis.

O modelo explicativo de Dahlgreen; Whitehead (2006) para os determinantes da saúde, configurado em camadas concêntricas, mostra na camada mais interna que a constituição biológica dos indivíduos como idade, sexo e características genéticas têm influência sobre sua saúde, mas sobre esses fatores está o estilo de vida, que de maneira nenhuma é uma opção de escolha deliberada dos sujeitos, está determinado por hábitos e costumes, bem como pelas normas sociais estabelecidas nas redes sociais e comunitárias. Sobre esses fatores estão as condições de vida e trabalho, habitação, alimentação, acesso a bens e serviços essenciais, saneamento ambiental, educação, acesso aos serviços de saúde, que por sua vez estão determinados pelas condições

gerais da economia, da cultura e do ambiente (Figura 6).

Figura 6: Modelo da determinação da saúde adaptado de Dahlgreen e Whitehead (2006)



Fonte: Ceballos (2015)

Lima (2016) considera que para promover saúde o serviço de saúde deve se ocupar, não só com o tratamento da doença (abordagem curativa), nem só com a prevenção (abordagem epidemiológica), mas também com os determinantes sociais da saúde (abordagem social), que se relacionam as condições de vida e trabalho. Devem-se identificar os problemas de saúde da população, a partir da compreensão do processo histórico que constrói o desenvolvimento econômico, social e político das

populações e dos lugares, considerando, para além da doença e do corpo, as relações sociais que determinam o processo saúde-doença. Está claro que a maioria dos serviços de saúde municipais não está preparada para isso.

Cabe discutir aqui o importante papel dos agentes comunitários de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que têm como trabalho principal desenvolver ações educativas para que a população possa reconhecer com autonomia sua condição, individual e coletiva, no contexto de seu território.

Maciazeki-Gomes et al. (2016) dizem que a base do trabalho do Agente Comunitário de Saúde deve ser a Educação Popular em Saúde (EPS), inspirada na Educação Popular de Paulo Freire, que deve considerar contexto de vida dos sujeitos, que pode favorecer ou não as transformações do modo de vida, para se obter saúde, atuando para que isso efetivamente ocorra, sob a ótica da prevenção e da promoção da saúde.

“O Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenha papel de mediador entre os saberes técnicos e populares, entre equipe de saúde e comunidade. Ao mesmo tempo em que faz parte da equipe de saúde, também faz parte da comunidade; ao mesmo tempo em que seu exercício é para comunidade, é também da comunidade; ao mesmo tempo em que se alimenta de saberes técnico-científicos, também está embebido da cultura local de saúde” (MACIAZEKI-GOMES et al., 2016, p. 1638).

Mas, os Agentes Comunitários de Saúde fazem parte de uma equipe, cujo processo de trabalho não é definido por eles mesmo, mas pela enfermeira, coordenadora da equipe e por estratégias estabelecidas pelos gestores da hierarquia superior das secretarias municipais de saúde. Deste modo, urge que se

estabeleçam ações de Educação Permanente em Saúde, conforme orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), não só para os trabalhadores que atuam diretamente com a população, mas principalmente para os gestores, para que se possa efetivamente implantar um modelo de atenção à saúde que seja capaz de realizar prevenção e promoção da saúde, considerando as reais necessidades da população em seu território.

2

A CONSTRUÇÃO DE TERRITÓRIOS SAUDÁVEIS

Não é fácil conceituar cidade saudável, mas é uma necessidade. Se quisermos construir um melhor lugar para se viver, esse é o ponto de partida. Cidade saudável não existe, é a utopia desejável; mas, há cidades doentes que adoecem as pessoas que nelas vivem ou por elas passam.

Cidade saudável é definida por um processo e não por um resultado. Uma cidade saudável não é aquela que alcançou um determinado estado de saúde, mas aquela que tem um compromisso com a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos e se esforça por alcançar essa condição, a partir de uma clara intenção de fazer e um projeto a realizar. A OMS adotou a definição de cidade saudável de Hancock e Duhl (1986), citada por Westphal (2000).

Uma cidade saudável é aquela que continuamente cria e melhora os seus ambientes físicos e sociais e expande os recursos da comunidade que permitem que as pessoas a apoiar-se mutuamente na realização de todas as funções da vida e desenvolver o seu potencial máximo (WESTPHAL, 2000, p. 43).

Benjamin Richardson, em 1875 já propunha um modelo de cidade saudável, que chamou de Hygeia (RICHARDSON, 2005).

O autor reconhecia que seu modelo era utópico e não esperava que suas ideias e de outros sanitaristas da época como Chadwich fossem aceitas imediatamente, mas tinha a convicção que no futuro os críticos de suas ideias haveriam de reconhecê-las.

Finalmente isso aconteceu. Recentemente, a ideia de cidades saudáveis ressurgiu nos debates produzidos pelas Conferências Internacionais da Saúde patrocinadas pela OMS, como uma das estratégias de promoção da saúde, que visa a melhoria da qualidade de vida, atuando sobre os determinantes sociais da saúde da população, em um dado lugar.

A construção da cidade saudável começa quando o poder público, a sociedade civil e os cidadãos estão comprometidos com a contínua transformação da cidade, em busca da melhoria da qualidade de vida, por melhores condições de saúde, de educação e um ambiente limpo e equilibrado, reforçando a participação social, ação comunitária e solidária e governança intersetorial (OMS 1978; OMS 2010).

Os gestores públicos precisam pensar que a cidade deve oferecer aos cidadãos moradia adequada, segurança pública, água potável, saneamento ambiental, ambiente limpo, trabalho, saúde, educação e mobilidade urbana, diversos serviços, incluindo os serviços de saúde. Construir um lugar adequado para se viver é obrigação dos governantes.

Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva (OMS, 1978, p.1).

“É necessário investir cada vez mais para evitar que as pessoas adoçam. A prevenção não é um custo, mas um investimento com lucro certo” (VERAS, 2012, p.1835). Construir cidades saudáveis não custa mais caro que construir cidades não saudáveis, entretanto é necessário mais que o desejo, é preciso um projeto com abordagem holística, que considere aspectos variados sobre os ambientes físicos, bioquímicos, socioeconômicos e psicossociais da vida moderna (ACHER, 1988).

Mas, a construção da cidade não é só obrigação dos governantes. A cidade é do cidadão, por isso ele deve participar de sua (re)construção para construir a cidadania. Segundo Fleuri (2004), *“a construção da cidadania, neste sentido, passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades”*.

Capacitar o cidadão para influir na construção de uma cidade mais saudável é um conceito de promoção da saúde, que ganha materialidade quando estabelecemos estratégias para que cada um possa cuidar de sua própria saúde, da saúde de sua família e do lugar onde vive, como proposto da Carta de Ottawa (BRASIL, 2002).

Heritage e Dooris (2009) reconhecem que participação e empoderamento da comunidade são os princípios fundamentais que embasam o movimento cidades saudáveis da Rede de Cidades Saudáveis Europeia. Os autores apresentam uma visão geral da teoria e dos principais resultados alcançados pelas cidades da rede.

Para começar a construir cidades saudáveis, precisamos mais que vontade de fazer, precisamos de um conceito e um projeto. Neste capítulo, mesmo que não consigamos traçar o caminho, queremos dar a direção. Prevenção e promoção da

Saúde são as chave para a construção de cidades saudáveis.

Construção de cidades saudáveis é uma das estratégias de promoção da saúde. Foi isso que Lalonde (1974) concluiu quando dizia que a melhoria do nível de saúde dos canadenses dependia de investimentos para melhorar as condições ambientais, mudanças de estilo de vida e reorganização dos serviços de saúde. Lalonde reconheceu que a saúde dos sujeitos não depende só da biologia do corpo, que representa apenas um dos elementos fundamentais do campo da saúde.

O Relatório Lalonde sustenta que para alcançar melhorias na saúde das populações é necessário olhar para além da perspectiva biomédica clássica centrada na gestão da doença, incluindo os seus “grupos de risco”, acentuando a importância dos comportamentos das pessoas e dos efeitos do meio ambiente sobre a sua saúde (SANTOS et al., 2010, p. 3).

A repercussão do Relatório Lalonde (1974) foi grande, não só no Canadá, mas em todo o mundo, permitindo que fossem discutidos e elaborados os primeiros ensaios sobre promoção da saúde e a construção de cidades saudáveis, com o sentido que hoje concebemos.

Esses temas foram, então, debatidos nas conferências internacionais da saúde que se seguiram, a começar por Alma-Ata (1978), apresentando as bases conceituais mais gerais dessa estratégia nos cuidados primários à saúde, contrapondo-se a medicina medicalizante e hospitalocêntrica, abrindo o debate sobre as determinações sociais da saúde, dizendo que a saúde depende menos da biologia do corpo e mais das condições de vida e do lugar onde se vive (OMS, 1978).

Outro aspecto que se pode ressaltar em Alma-Ata como

fundamento para a ideia de construção de cidades e territórios saudáveis é a integralidade da atenção à saúde, tendo em vista que os cuidados primários devem ser definidos a partir dos principais problemas e necessidades de saúde da população.

Efetivamente, os níveis de saúde de uma população são determinados e condicionados, por diversos fatores, dentre eles alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais, que expressam não só a condição individual de cada pessoa, mas a organização social e econômica do lugar onde se vive (BRASIL, 1990).

Buck (1996), considerando os quatro elementos do conceito de campos da saúde apresentados no relatório Lalonde, concluiu que o mais importante seria construir ambientes saudáveis. Se o território não é adequado à saúde, a biologia humana, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde também não serão adequados.

Então, o que são os problemas e as necessidades de saúde de uma população é a primeira pergunta que se deve fazer. Labonte (1996) relata uma oficina com médicos e outros profissionais da saúde para discutir um modelo de planejamento de saúde comunitária, na qual se pediu aos participantes que indicassem três problemas de saúde mais importantes de suas respectivas comunidades. Depois de arrolar os problemas apresentados, eles foram classificados em três categorias: médicos, saúde pública e socioambientais (Quadro 2).

Quadro 2: Principais problemas de saúde apresentados por profissionais de saúde

Médicos	Saúde Pública	Socioambientais
Doenças de transmissão sexual	Consumo de tabaco	Pobreza
Cardiopatias	Abuso de substâncias	Desemprego
Hipertensão	Toxicomanias	Stress
Diabetes	Abuso de álcool	Contaminação
Obesidade	Mal nutrição	Ameaça nuclear
Doenças mentais	Falta de atividade física	Déficit habitacional
Desnutrição aguda	Deficiente manejo do stress	Envelhecimento
Doenças infecciosas	Sexo pouco seguro	Violência familiar
Hepatite B	Gravidez na adolescência	Condições de moradia e trabalho perigosas
Infestações de baratas	Escassa capacidade dos pais	Agressão conjugal
Artrites	Suicídio	Isolamento, solidão
Acidentes		
Aids		

Fonte: Labonte (1996)

Na categoria de problemas médicos estão as doenças. As ações que se podem indicar são tratar os doentes e prevenir que a doença se agrave e que o sujeito morra. Na categoria dos problemas de saúde pública, podem-se estabelecer programas de prevenção, ou seja, as pessoas não estão doentes, mas podem adoecer por causa destes problemas de saúde. Para a categoria de problemas socioambientais, se devem pensar ações de políticas públicas saudáveis e territórios saudáveis que favoreçam a saúde

e o bem-estar, o que certamente exigirá mais que o trabalho dos profissionais de saúde; depende de ações intersetoriais e o envolvimento da própria comunidade para a solução dos problemas. A isso podemos chamar de promoção da saúde.

Na conferência de Ottawa (1986), definiram-se 5 campos de ação para a promoção da saúde: estabelecimento de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde (BRASIL, 2002).

a) Políticas públicas saudáveis

Políticas públicas saudáveis se estabelecem com *Gestão municipal com ações intersetoriais* e *Participação social*. Portanto, deve-se governar a partir de um projeto de cidade que vise a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, a partir de políticas saudáveis, ou seja, considerando a saúde em todas as políticas públicas, conforme sugerido na Carta de Ottawa e reforçado pela Conferência Internacional da Saúde de Adelaide (2010), saúde em todas as políticas, no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar (OMS, 2010).

Devem-se, também, criar mecanismos de participação e espaços de diálogos com as organizações da sociedade civil: igrejas, sindicatos, empresas, conselhos profissionais, clubes de serviços, ONGs e associações para que a sociedade não somente seja ouvida, mas participe do processo de decisão, definindo prioridades, ajudando a planejar e a realizar as ações.

b) Ambientes saudáveis

A criação de ambientes limpos e seguros que protejam a saúde é um dos fundamentos da promoção da saúde. Mas,

deve-se considerar que o ambiente não é somente físico-biológico, reconhecendo os aspectos socioeconômicos, culturais e psicológicos dos ambientes da família, do trabalho, da escola, ou seja, do lugar onde se vive. Segurança pública, também, é um aspecto importante dos ambientes saudáveis.

c) Desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas

É preciso desenvolver habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida, que ajude a prevenir doenças e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade e construir territórios saudáveis. A tarefa de cuidar da saúde dos indivíduos torna-se mais fácil quando eles estão capacitados a reconhecer os seus problemas e necessidades de saúde e se empenham por ela.

A relação dos profissionais de saúde com os indivíduos deve ser dialógica e não de mera prescrição, para que estejam capacitados a fazerem boas escolhas para sua saúde. Para que os indivíduos possam participar ativamente do processo de construção de ambientes saudáveis, que não é tarefa só do poder público, deveríamos adotar o seguinte lema: cada um cuidando de sua própria saúde, da saúde de sua família e do lugar onde vive. De outra parte, é preciso capacitar os indivíduos para a vida comunitária.

d) Capacitação da comunidade

Refere-se à capacitação dos indivíduos para compreender os determinantes sociais da saúde para buscar coletivamente soluções para prevenir doenças e melhorar a qualidade de vida da comunidade, com autonomia e solidariedade, o que pode se definir pelo conceito de empowerment.

Os tempos modernos que produziram a ciência fragmentada, baseada no conceito de separação das partes, produziu o isolamento dos indivíduos, cada um buscando o seu próprio interesse. A busca do bem individual passou a prevalecer sobre o bem coletivo. Para promover a saúde é preciso capacitar os indivíduos para a participação social, para buscar o bem comum, para a solidariedade.

e) Reorientação dos serviços de saúde

Por causa da hegemonia do modelo biomédico, as unidades de saúde estão organizadas com processos de trabalho estabelecidos para reconhecer e tratar as doenças mais do que preveni-las e promover a saúde. Reorientar os processos de trabalho nas unidades de saúde para realizar ações de prevenção e promoção, a partir do reconhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população nos territórios da Atenção Básica, essa é a ordem.

Kickbusch (1996) diz que promoção da saúde atua sobre a população como um todo, no contexto da vida cotidiana, e não sobre os indivíduos ou grupos que correm o risco de sofrer determinadas doenças e deve influir sobre os determinantes da saúde.

Promoção da saúde também se faz com mobilização social e articulação intersetorial. A saúde dos indivíduos deve ser responsabilidade, primeiramente de cada um, e a saúde de cada um responsabilidade de todos. Por isso, os serviços de saúde devem incluir cada um e todos no esforço pela melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

Ao mesmo tempo, quando se reconhecem os determinantes sociais da saúde, que devem ser suprimidos ou atenuados, percebe-se que o setor saúde não pode fazer tudo para a melhor

qualidade de vida da população. Somente a partir de um esforço conjunto e coordenado dos diversos setores da governança municipal, como educação, cultura, desenvolvimento social, saneamento básico, esporte e lazer, planejamento urbano, saneamento ambiental é possível promover a saúde. Cabe ao setor Saúde coordenar as ações intersetoriais e de mobilização social para promover saúde.

Depois de Ottawa, a primeira conferência mundial sobre promoção da saúde patrocinada pela OMS, os princípios dessa estratégia foram sendo desenvolvidos nas conferências internacionais de promoção da saúde que se seguiram: Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009) e Helsínque (2013).

Outras conferências internacionais da saúde devem ser mencionadas, pela importância que tiveram na definição dos princípios e diretrizes de promoção da saúde e a construção de cidades saudáveis. É o caso do Encontro Internacional sobre a Saúde em Todas as Políticas, realizado em Adelaide (2010) que enfatizava a importância da determinação social da saúde e a necessidade de uma governança intersetorial. “Isso se dá porque as bases da saúde e do bem-estar se encontram fora do setor saúde, sendo formadas social e economicamente” (OMS, 2010, p.1).

Também, a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais realizada no Rio de Janeiro (2011) reconheceu que as iniquidades em saúde eram injustas e em grande parte evitáveis.

As iniquidades em saúde são causadas pelas condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, as quais recebem a denominação de determinantes sociais da saúde. Esses determinantes incluem as experiências do indivíduo

em seus primeiros anos de vida, educação, situação econômica, emprego e trabalho decente, habitação e meio ambiente, além de sistemas eficientes para a prevenção e o tratamento de doenças (OMS, 2011).

Ackerman et al. (2002) estabeleceram alguns princípios para avaliar as iniciativas de promoção da saúde, com critérios que não estejam centrados em aspectos biológicos e na prevenção de doenças através da redução de riscos individuais:

- **Participação:** *deve envolver, de uma maneira apropriada, em cada estágio da avaliação, todos aqueles que têm interesse legítimo na iniciativa que está sendo avaliada.*
- **Múltiplos métodos:** *deve ser delineado utilizando-se elementos de vários campos disciplinares, lançando mão de vários procedimentos para coletar dados, assegurando que seja utilizado um mix de informações relacionadas ao processo e resultado.*
- **Capacitação** (*capacity building*): *deve aprimorar a capacidade de indivíduos, organizações e governos de equacionar relevantes problemas de promoção da saúde.*
- **Adequabilidade** (*appropriateness*): *deve ser planejada levando-se em conta a natureza complexa da intervenção e o seu impacto de longo prazo.*

Podemos olhar a realidade de diferentes modos e por diferentes ângulos. Se nos aproximamos, podemos ver coisas que não víamos antes e deixamos de ver coisas que para ver temos que abrir o foco do nosso olhar. Nossos olhos conseguem mudar o foco para ver perto e longe, mas algumas vezes precisamos de instrumentos com lentes de aumento e capacidade para variar o foco, tanto para ver coisas muito grande que estão distantes,

quanto para ver coisas muito pequenas e microscópicas. Se olharmos perto, a realidade nos apresenta com elementos que não podemos ver quando olhamos ao longe, e vice-versa. Nossas teorias são lentes, pelas quais vemos o mundo, mas ainda assim precisamos de métodos de investigação que nos permitam análises multiescalares (LACOSTE, 1988).

Ao olhar a cidade, podemos vê-la como um todo, sem deixar de enxergar as conexões que se estabelecem com outras cidades, com a região, com o país e com o mundo cada vez mais globalizado. Mas, também é preciso voltar os olhos para o pequeno território da vizinhança e do bairro, com um olhar mais aproximado e com foco na vida cotidiana das pessoas.

2.1 Na escala das infraestruturas urbanas

Inicialmente, vamos olhar para algumas características da cidade que devem ser consideradas para análise da qualidade de vida, a partir do conceito de promoção da saúde, para a construção de uma cidade saudável: tamanho, crescimento, adensamento, exclusão social, serviços, saneamento ambiental, mobilidade, espaços públicos, arborização urbana e parques.

O tamanho e o crescimento da cidade podem impactar negativamente na qualidade de vida e saúde das pessoas. Isto se torna mais importante porque a partir de 2007 mais da metade da população mundial passou a viver em cidades. Segundo a ONU, 54% da população é urbana e, aproximadamente, metade destes cidadãos urbanos vivem em cidades com menos de 500 mil habitantes e cerca de 25% vivem em cidades com mais de 10 milhões de habitantes. Estima-se que em 2050 cerca de 70%

de uma população de 9 bilhões de pessoas estará vivendo nas cidades. O Brasil é um dos países mais urbanos do mundo. Em 2010, a taxa de urbanização da população brasileira era de 84,4% (ONU BR, 2015).

A maioria das cidades grandes, principalmente nos países não desenvolvidos têm problemas com congestionamento de trânsito, tempo excessivo para os deslocamentos, poluição, degradação ambiental e periferização com condições inadequadas de vida para a população.

As cidades do mundo antigo chegaram a ser grande metrôpoles, com mais de um milhão de habitantes, mas na idade média as cidades encolheram (GIBBON, 2005). Depois disso, a primeira onda de urbanização ocorreu na América do Norte e na Europa ao longo de dois séculos, de 1750 a 1950, quando a população chegou a crescer 2,5% ao ano. Também, surgiram novas cidades, a partir do fortalecimento da burguesia comercial. Da aliança entre o rei e a burguesia se deu a constituição de estados nacionais absolutistas, com uma nova ordem social, na qual a cidade era o lugar do comércio e de refúgio para os artesãos e camponeses que fugiam da escravidão (MARTINE, 2007).

... as cidades, já na primeira fase do capitalismo - período mercantil - tornaram-se centros da vida social e política da Europa, pois a produção agrícola e a propriedade fundiária deixaram de ser os pontos de apoio da economia, assim como a aristocracia perdeu para a burguesia seu papel preponderante na gestão do processo social. A força das cidades, como espaço de sustentação da nova ordem econômica, social e política pode ser observada pela riqueza monetária, científica e artística que se acumulou nas cidades modernas nesse período também denominado Renascimento (ESPÓSITO, 2000, p. 40-41).

A população mundial até o ano de 1850 crescia de forma mais lenta e cerca de 2,5% das população vivia em cidades. Com o advento da revolução industrial na Europa, provocando o êxodo rural necessário à constituição de uma mão de obra excedente como “exército industrial de reserva”, as cidades passaram a crescer mais e muito rapidamente, quando algumas delas passaram a ter mais de um milhão de habitantes (POINTING, 1995).

Paulo (2010) diz que com esse crescimento populacional acelerado necessário ao desenvolvimento industrial, a urbanização foi realizada às pressas, desrespeitando as leis, o meio ambiente e criando um lugar insalubre para se viver.

Até o início do século XX, dois terços da população urbana mundial estava na Europa, América do Norte, Ásia e Austrália, mas atualmente só um terço. Durante o Século XX os países pobres e subdesenvolvidos do hemisfério sul tomaram a dianteira do crescimento da urbanização, com a população urbana crescendo a 3,0% ao ano até 1940 e depois 4,0%, e em alguns países até 5% ao ano (PONTING, 1995).

As cidades continuam crescendo, principalmente nos países menos desenvolvidos da África, Ásia e América do Sul, num ritmo em que a construção das infraestruturas e da oferta de serviços não é capaz de acompanhar. Mas, é ingênuo achar que só porque as cidades crescem muito rapidamente, seria natural que ocorresse exclusão social e segregação socioespacial das populações mais pobres nas periferias sem infraestrutura urbana, sem acesso a serviços essenciais, em lugares que não são capazes de oferecer melhor qualidade de vida e de saúde.

Rolnik (2002) diz que a precariedade da periferia pobre tem

a ver com o modo de funcionamento da cidade como um todo; e há um mecanismo de exclusão social na gestão das cidades baseado em três elementos: a estratégia da distribuição dos investimentos, a regulação urbanística e a gestão urbana. Isto produz uma segregação socioespacial, como se tivéssemos duas cidades em uma: a cidade dos ricos e a cidade dos pobres. Na cidade dos ricos, os pobres só podem ir para trabalhar, porque para morar lá é preciso ter dinheiro.

Em Maputo, capital de Moçambique diz-se que há a cidade de concreto e a cidade de caniço. No Rio de Janeiro temos o morro e o asfalto, num contraste muito forte entre a cidade bem urbanizada e a cidade da pobreza e vulnerabilidade social, onde a infraestrutura é incompleta.

Essa estrutura apresenta-se no território sob várias morfologias: nas imensas diferenças entre as áreas centrais e as periféricas das regiões metropolitanas de São Paulo ou Belo Horizonte; na ocupação precária do mangue em contraposição à alta qualidade dos bairros da orla, em muitas cidades de beira mar; na eterna linha divisória entre o morro e no asfalto no Rio (ROLNIK, 2002, p. 55).

Cidades saudáveis devem ser mais justas, menos iníquas, por isso é preciso que se tenham políticas públicas de acesso a cidade, para todos; que haja prioridade para o acesso legal e formal à terra e à habitação; que a gestão urbana priorize investimentos orçamentários para regularização fundiária e urbanização nas áreas desprovidas de infraestruturas e serviços.

Por outro lado, a sociedade civil organizada, os movimentos sociais, a participação popular e o controle social da gestão pública, das políticas e do orçamento podem ajudar a alinhar a

governança para a construção de uma cidade para todos. Não é possível construir cidades saudáveis sem atacar o problema da exclusão social, mas para isso devem-se ter intenção e projeto.

No Brasil, o Estatuto da Cidade, em seu Art. 2º, diz que a política urbana tem por objetivo ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e da propriedade urbana, definindo diretrizes gerais, dentre elas, o que está previsto no inciso 4:

planejamento do desenvolvimento das cidades, da distribuição espacial da população e das atividades econômicas do Município e do território sob sua área de influência, de modo a evitar e corrigir as distorções do crescimento urbano e seus efeitos negativos sobre o meio ambiente (BRASIL, 2008).

O Estatuto da Cidade prevê que os Municípios devem realizar um planejamento urbano que permita o controle do uso do solo, de forma a evitar, dentre outros problemas, a edificação ou usos excessivos e inadequados em relação à infraestrutura; a instalação de empreendimentos ou atividades que possam funcionar como polos geradores de tráfego, sem a previsão da infraestrutura correspondente; a retenção especulativa de imóvel urbano, que resulte na sua subutilização ou não utilização; a deterioração das áreas, a poluição e a degradação ambiental (BRASIL, 2008).

De modo geral, as cidades brasileiras crescem guiadas por uma lógica conduzida pela especulação imobiliária. Por isso, ao lado de áreas intensamente adensadas, há desconcentração urbana, com vazios demográficos e áreas a espera de valorização, tomando a terra urbana como reserva de valor, deixando de lado sua função social. São construídos loteamentos e conjuntos residenciais populares, distantes do centro da cidade, mantendo

vazios urbanos entre a área central e a periferia.

Essa desconcentração urbana sobrecarrega e encarece os sistemas de transporte, dificultando a mobilidade urbana e o acesso aos serviços públicos e privados essenciais.

Por outro lado, a racionalidade do adensamento das áreas urbanas prevê um limite, além do qual aparecem problemas que também dificultam a mobilidade urbana, com congestionamento de trânsito, falta de vagas de estacionamento, além da poluição pelo excesso de automóveis nas vias públicas.

Decididamente, esse assunto deve ser objeto do planejamento urbano, que deveria decidir o modelo de crescimento urbano das cidades, adensando ou desconcentrando as atividades e a população, para criar cidades saudáveis e sustentáveis.

Para cidades de mais de 20 mil habitantes, o Estatuto da Cidade determina que o Plano Diretor, que deve ser aprovado pela Câmara Municipal, é o instrumento básico da política de desenvolvimento e de expansão urbana.

O planejamento urbano que prioriza o adensamento deve ser pensado juntamente com o plano de mobilidade urbana, porque se o transporte de pessoas é, preferencialmente motorizado, em carros individuais, os congestionamentos podem parar a cidade. Por outro lado é preciso concentrar não somente as pessoas, mas também suas atividades cotidianas, para reduzir as distâncias dos deslocamentos.

Nas grandes cidades, o deslocamento diário dos sujeitos para o trabalho, para a busca de serviços ou mesmo para o lazer pode significar dezenas de quilômetros, horas e grande desgaste físico. Nestes casos há uma total separação entre o lugar de morar e de trabalhar. Não só a saúde das pessoas fica prejudicada, pelo

stress, mas também a economia do país e das empresas com a redução da produtividade, pelos atrasos e por que o trabalhador já chega cansado ao trabalho.

A solução para esse problema seria planejar a criação de subcentros comerciais e de serviços, com oferta de emprego e oportunidades de geração de renda, para que se possa trabalhar, fazer compras, buscar serviços bancários e serviços públicos mais próximos do local de residência, para minimizar a necessidade de deslocamentos constantes. Já há no Brasil experiências de criação de bairros com este conceito.

Em Uberlândia, há um empreendimento imobiliário chamado Granja Marileusa, inserido numa lógica de mercado para a classe média alta, que traz como conceito urbanístico, a integração dos espaços de morar, consumir, trabalhar e de lazer, com ciclovias, espaços públicos de convivência, praças e parques. Ao mesmo tempo, este novo bairro está plenamente integrado ao centro da cidade e aos outros bairros por vias de acesso e de fluxos rápidos.

Segundo Micheloto (2014), a concepção urbanística do bairro Granja Marileusa, sob os princípios da sustentabilidade, está baseada em cinco pilares: urbanidade, convivência, meio ambiente, mobilidade e segurança. Este é o conceito de cidades inteligentes.

Leite (2015) diz que no século XXI, em todo o mundo buscam-se soluções para se estabelecer nas cidades territórios inteligentes, com núcleos urbanos mais compactos, densos e multifuncionais bem conectados, para que os deslocamentos cotidianos sejam menores. Portanto, a criação de novos bairros e a reconfiguração dos atuais bairros e territórios deve basear-se nos conceitos de multacentralidades multifuncionais.

As soluções inteligentes para as cidades partem de uma análise e proposições integradas para apresentar um planejamento em relação às questões de mobilidade urbana, energia, tecnologia e inovação; sociedade inteligente e participativa, resiliência e segurança; ambiente sustentável; governança e economia. As soluções devem focar aspectos que resultem em melhorias das condições de habitação, saúde e educação, no campo das ações sociais, bem como na oferta de infraestrutura e de serviços prestados pelos governos locais (FINGUERUT; FERNANDES 2015, p. 57).

No Brasil, as cidades com mais de 500 mil habitantes devem elaborar um plano de transporte urbano integrado, compatível com o plano diretor ou nele inserido (BRASIL, 2008).

Não haverá racionalidade para a mobilidade urbana se os sistemas de transportes não forem pensando na intersetorialidade, com a articulação das políticas públicas de ordenamento do uso do solo, de habitação, de desenvolvimento social e econômico.

O carro ainda é um símbolo de status e ascensão social. Alia-se a isso a precariedade dos transportes públicos e as políticas de incentivo à indústria automobilística, porque estão no centro de uma cadeia produtiva que sustenta a economia do país e gera empregos. O resultado é uma frota de carros desmedida transitando diariamente, produzindo congestionamentos nas avenidas e ruas da cidade. Com essa prioridade dos transportes individuais sobre o transporte coletivo, as cidades, literalmente, estão parando.

A média de congestionamentos no centro expandido em São Paulo em 2016 foi de 58 km, índice 12% menor que os 66 km medidos nas vias centrais em 2015. Em 2017, a tendência continua, de diminuir a velocidade dos deslocamentos por carro (ESTADÃO, 2017).

É necessário e urgente quebrar o paradigma da cultura de valorização do automóvel e, ao mesmo tempo implementar ações que estimulem uma mobilidade urbana baseada em modos coletivos e não motorizados (KNEIB, 2012).

Para isso, torna-se fundamental investir em sistemas de transporte coletivo que ofereça conforto, maior rapidez e segurança no trânsito, para que o cidadão prefira deixar o seu carro na garagem. Nas áreas com grande concentração de comércio e serviços, que podem concentrar um grande número de viagens (geradas e atraídas) deve-se pensar em melhorar e ampliar o transporte de massa, BRT, VLT, metrô, com integração dos modais de transito. A faixa exclusiva de ônibus nas vias urbanas é uma medida simples e barata, que não demanda grandes investimentos e melhora de imediato a fluidez do trânsito.

A bicicleta é um meio de transporte alternativo para cidades saudáveis e sustentáveis que pode promover inclusão social, redução da poluição do ar e melhoria da saúde da população. Para que a bicicleta seja mais usada na cidade como meio transporte para deslocamentos cotidianos, é preciso pacificar o conflito entre motoristas e ciclistas, com educação para o trânsito e estabelecer ciclofaixas e ciclovias.

A caminhabilidade (walkability) é outra possibilidade de transporte alternativo para cidades saudáveis porque, além de ser econômico diminui os impactos ambientais pela redução da poluição sonora e das emissões de CO₂ na atmosfera, quando reduz a quantidade de veículos motorizados trafegando nas vias públicas, considerando, ainda, que caminhar a pé, reduz a inatividade física e o sedentarismo que produzem riscos a saúde e podem estimular maior vínculo entre os sujeitos e o seu território, com apreciação das qualidades urbanísticas do lugar

(BROWNSON et al., 2009; GEHL 2013; MOTOMURA et al., 2015).

Deslocamentos a pé também devem ser incentivados, mas para que isso seja possível, o conceito de caminhabilidade deve orientar essa estratégia, para a qual é preciso que hajam condições de acesso físico, com segurança ao caminhar, travessias seguras, bem como volume e velocidade de circulação de automóveis compatíveis; condições de acessibilidade, com calçadas adequadas, com largura suficiente, ausência de obstruções ou desnivelamentos; atratividade e conforto, com espaços públicos iluminados, baixo nível de ruídos, mobiliários urbanos, vegetação e sombras (FOLLY, 2015).

E ainda, uma das formas de construir cidades saudáveis é realizar um planejamento urbano que qualifique os espaços públicos, construindo ou preservando paisagens culturais e naturais que convidem a contemplação. Patrimônio cultural são obras arquitetônicas, esculturas, pinturas, inscrições em grutas ou grupos de elementos com valor universal, sejam histórico, artístico ou científico. Patrimônio natural são monumentos naturais, formações geológicas e fisiográficas, sítios que representam habitat de espécies ameaçadas, animais e vegetais com valor científico universal ou de fundamental interesse de conservação (ZANIRATO; RIBEIRO, 1972).

É possível incentivar deslocamentos não motorizados, construindo paisagens que preservem o patrimônio cultural e o natural, que podem ser contemplados em trajetos de caminhadas, por percursos que levem pessoas de um ponto a outro da cidade, em atividades cotidianas de trabalho ou lazer, ou mesmo constituindo-se roteiros turísticos urbanos. Passeios à pé, ou “walking tours” podem ser incentivados como modalidade de turismo nas cidades, com roteiros que envolvam a contemplação

de paisagens culturais ou naturais. Em muitas cidades do Europa e EUA, e mesmo no Brasil já há agências de turismo vendendo roteiros de “walking tours”, acompanhados por guias.

Para tanto, há que se planejar calçadas arborizadas e com acessibilidade, sinalizar o trânsito de automóveis para torná-lo mais amigável ao pedestre, fazer marcações indicativas do traçado a ser caminhado, estabelecer percursos com atrações culturais e/ou naturais. Também, é preciso elaborar mapas e guia de percursos com a indicação dos atrativos turísticos. Para citar somente algumas cidades com roteiros turísticos e planejados de “walking tours”, Nova York, Boston, Buenos Aires, Rio de Janeiro, São Paulo, Paris, Barcelona, Lisboa, sem esquecer das cidades históricas do Brasil como Ouro Preto, São João Del Rei, Congonhas do Campo, Tiradentes.

A partir desta concepção de cidade para caminhar se pode pensar nos parques urbanos ou jardins, que se inscrevem nos conceitos de qualidade ambiental e qualidade de vida. Parques urbanos são espaços públicos com predominância de elementos naturais. São jardins construídos com a finalidade de lazer e recreação, ou mesmo para proteger paisagens naturais. Representam um oásis verde em meio ao concreto das cidades, com valor inestimável para a qualidade de vida dos seus moradores ou visitantes.

No Rio de Janeiro está o Jardim Botânico, o Parque da Gávea (Parque da Cidade), a Quinta da Boa Vista, o Campo de Santana, Parque Nacional da Tijuca. Quem nunca ouviu falar do Parque do Ibirapuera em São Paulo ou no Central Park em Nova York? Em Uberlândia, há diversos parques urbanos, com destaque para o Parque do Sabiá, onde todos os dias centenas de pessoas se encontram para o lazer e fazer caminhadas, em

percursos de até 5.000 metros, com muito verde, ar puro e pistas sinalizadas.

No início do século XIX, Ebenezer Howard, sob o mesmo signo de Benjamin Richardson que havia proposto um modelo de cidade saudável, a Hygeia, pensando nestes problemas de insalubridade das cidades industriais da Inglaterra, estabeleceu o conceito de cidade jardim, propondo uma maior integração de elementos da natureza na cidade, para amenizar as condições sociais degradantes e a insalubridade das cidades industriais (HOWARD, 1996). Inicialmente, este modelo de cidade saudável foi experimentado na Inglaterra na construção das cidades de Letchworth e Welwyn (HENRIQUE, 2009).

O papel das áreas verdes e espaços públicos livres extrapolam a simples ideia de atenuar o cinza do concreto, do asfalto e da poluição. O planejamento urbano pode pensar em cidade-jardim, ou mesmo bairro-jardim; pode construir parques urbanos, pode humanizar o trânsito e melhorar a mobilidade urbana, com transportes públicos eficientes; facilitar os transportes não motorizados e o deslocamento ativo. Mas, tudo isso só será possível com a concepção de cidade saudável, aquela que evita a doença e promove a saúde.

2.2 Na escala da saúde comunitária, do cotidiano

A maioria dos problemas de saúde da população está diretamente vinculada ao cotidiano dos indivíduos e da coletividade, no lugar onde se vive. Antes que a doença possa ser identificada no corpo dos indivíduos pode ser vista, fora do corpo, como atributo dos lugares. Deste modo, pode ser entendida a partir das interações ecológicas e sociais estabelecidas entre o

corpo biológico que adocece e o ambiente, que não é apenas físico-biológico, mas também social, cultural e psicológico (LIMA, 2016).

O cotidiano cria o modo de vida a partir da relação população - tempo - lugar, ou seja, como a população usa o tempo no lugar onde vive. Este modo de vida está repleto de conteúdos históricos, sociais e psíquicos, é marcado por impasses e contradições.

O cotidiano representa um modo de vida em uma realidade social localmente construída por processos espaço-temporais, multiescalares, com desigualdades, diferenças, ritmos e identidades distintas em cada lugar. O cotidiano representa uma síntese complexa do modo de vida (SEABRA, 2004).

Podemos falar de um modo de vida urbano, que pode diferenciar-se de cidade para cidade e, dentro da própria cidade, porque as populações e os lugares são diversos, cotidianos diversos vão construir modos de vida diferentes. Para entender o modo de vida que se estabelece no cotidiano dos indivíduos deve-se considerar o lugar e as populações, com suas necessidades, desejos e experiências (SAQUET, 2007; LIMA, 2011).

A partir de um conceito ampliado de saúde, relacionado aos determinantes sociais da saúde e à qualidade de vida, entendemos que a maioria dos problemas de saúde da população estaria diretamente vinculada ao cotidiano dos indivíduos e da coletividade, no lugar onde se vive. Quando dizemos que o modo de vida implica nas condições de vida e no estilo de vida que são determinantes para o adoecer e o morrer, estamos nos referindo aos determinantes sociais da saúde (LIMA, 2016).

Na concepção biomédica de saúde, concepção hegemônica,

hospitalocêntrica, clínica, centrada na relação médico-paciente, se olha predominantemente para dentro do corpo, ignorando a dimensão social da vida. Numa abordagem social da saúde se estabelece um interesse muito especial sobre a população e não apenas sobre o indivíduo. O foco é posto na saúde e não na doença. Não se busca as causas das doenças, mas o contexto que determina o processo saúde-doença. Tratar e prevenir as doenças são coisas importantes, mas é preciso também, promover a saúde.

Estamos falando de territorialidades marcadas pelo cotidiano.

A vida cotidiana como conceito refere-se aos conteúdos da vida na modernidade, os quais seguem sendo transformados pelas tecnologias do cotidiano e por elas modulados, caracterizando uma maneira de viver ou um modo de vida regido pela lógica da mercadoria (SEABRA, 2004, p. 190).

É no cotidiano banal dos sujeitos que se pode conhecer seus problemas e necessidades de saúde, que não são exclusivamente individuais, mas também coletivos, e ainda, relacionados ao lugar onde se vive.

Se a doença é uma manifestação do indivíduo, a situação de saúde é uma manifestação do lugar. Os lugares, dentro de uma cidade ou região são resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (BARCELOS, et al., 2002).

Deste modo é preciso conhecer o território e os contextos da vida cotidiana dos sujeitos que demarcam a situação de saúde da população. No cotidiano que representa o modo de vida dos sujeitos, é preciso indagar sobre

o perfil epidemiológico, que se refere ao modo de adoecer e morrer; o perfil social, condições demográficas, educacionais e materiais necessárias à manutenção da vida dos indivíduos e da população; o perfil do lugar, referido pelas condições da moradia e vizinhança, mobilidade e acessibilidade, que não resultam diretamente de atributos dos indivíduos; a agregação social que se refere aos vínculos familiares e territoriais dos indivíduos, que podem constituir-se como capital social, assim como aspectos do estilo de vida, que são definidos por uma condição cultural e não pela vontade dos indivíduos; e as políticas públicas, não só da área da saúde, que devem ser intersetoriais para fazer frente aos determinantes sociais da saúde (LIMA, 2013).

Portanto, não só a epidemiologia do adoecer e morrer, mas o contexto do lugar onde se vive, com todos os determinantes e condicionantes do contexto da vida cotidiana devem ser reconhecidos para o estabelecimento de ações e práticas de saúde que podem construir um território saudável.

Santos (2006), em seu livro “A natureza do Espaço” fala sobre o papel da vizinhança na produção da consciência, citando Duvignaud (1977), referindo-se que a densidade social dos lugares produz mudanças surpreendentes, pela afetividade e pela paixão das relações.

Por densidade dos lugares, podem-se entender os contextos da vida, das relações interpessoais e interinstitucionais, que são envolvidas pela história e pela cultura e determinam um modo de vida próprio neste lugar. A estes contextos podemos chamar de território. Para melhorar a qualidade de vida das populações é preciso mudar os contextos, reconfigurando o território.

O território representa o contexto que resulta da acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, políticas, sendo um

recorte espacial, social e historicamente construído em relações conflituosas e não mero receptáculo ou palco das ações humanas (LIMA, 2013).

O território é a expressão do contexto de vida dos sujeitos e grupos sociais, o espaço organizado das relações sociais. Sendo assim, para a realização de ações e práticas de saúde, é preciso considerar o território na escala da vida cotidiana, a partir de três abordagens: o indivíduo - a saúde e a qualidade de vida dependem de quem se é; o lugar - onde se vive é importante para sua saúde, mas do que quem você é; e as redes sociais - as interações familiares e sociais estabelecidas pelos indivíduos são importantes para a saúde e podem favorecer o estabelecimento de estratégias de promoção da saúde (PICKETT; PEARL, 2001; NOGUEIRA 2008; PROIETTI et al., 2008, LIMA 2013).

Saindo da concepção biomédica de saúde que só consegue ver o corpo biológico e a doença, quase sempre desconsiderando o contexto de vida do sujeito, amplia-se o conceito de saúde para relacioná-lo aos determinantes sociais da saúde e à qualidade de vida. Entendemos que a maioria dos problemas de saúde da população está diretamente vinculada à vida cotidiana, resultado de condições de renda, habitação, alimentação, segurança, educação, cultura, lazer, acesso aos serviços de saúde.

Neste momento, é preciso definir riscos e vulnerabilidade. O risco é uma probabilidade de que ocorra um evento, que pode ser favorável ou desfavorável. Em se tratando do processo saúde-doença, o risco refere-se a probabilidade que indivíduos ou populações têm de adoecer ou morrer mediante a uma situação de exposição a agentes patogênicos (físicos, químicos e biológicos) ou mesmo a qualquer situação de perigo à vida.

Segundo Kaztman (2000) e Teixeira (2006), vulnerabilidade

é a condição do indivíduo ou do grupo social para enfrentar o risco, ou seja, a incapacidade do sujeito para controlar as forças que afetam seu bem-estar, que é representada por carências econômicas, sociais, psicológicas, cognitivas ou físicas que podem produzir desfechos clínicos adversos como adoecimento e morte.

Mas, a vulnerabilidade é resultante não somente da condição dos indivíduos e dos grupos sociais. Há também vulnerabilidades do território que amplificam a vulnerabilidade dos indivíduos e da população (CAMPOS e MISHIMA, 2005). Marandola Jr e Hogan (2009) assinalam a distinção entre as condições dos indivíduos e do território, que se influenciam mutuamente para determinar a vulnerabilidade, identificando vulnerabilidade ambiental ou do lugar e vulnerabilidade social. Portanto, vulnerabilidade é o contexto de vida no lugar onde se vive.

As condições sociais e culturais do lugar onde se vive normalmente estão associadas às condições socioeconômicas dos indivíduos que ali vivem. O “efeito de vizinhança”, ou seja, como o lugar pode afetar a saúde e o bem estar, é a influência do lugar sobre os contextos da vida cotidiana. Rede de serviços, comércio, educação, saúde e assistência social; áreas de recreação e lazer, vias públicas e saneamento ambiental, níveis de poluição, agregação social e de redes sociais de solidariedade, possibilidades de emprego e renda, violência e criminalidade são aspectos importantes do lugar a serem considerados para a saúde e o bem-estar dos indivíduos (LIMA, 2013).

Seguindo este raciocínio, entendemos que a vulnerabilidade é uma situação que não se refere somente à baixa renda das famílias, mas a outras condições como idade, gênero, educação

e saúde e que a vulnerabilidade dos lugares, com riscos à vida, podem apresentar precariedades que amplificam a vulnerabilidade dos indivíduos e das populações. Assim, podemos falar de populações vulneráveis e lugares vulneráveis, que quase sempre estão, coincidentemente, associados, sob uma condição de iniquidade social, constituindo territórios de vulnerabilidades (CUTTER et al., 2003).

É evidente que o desenvolvimento social e o bem estar dos sujeitos podem ser afetados não somente por sua própria condição de vida, mas também é fortemente determinada pelas condições materiais e sociais do lugar, como por exemplo, a presença ou não de infraestrutura urbana adequada, saneamento ambiental, serviços públicos e comércio próximos. Se o lugar em que se vive apresenta vulnerabilidades que impedem ou dificultam os sujeitos de realizarem suas atividades cotidianas, conjugam-se aí fatores que estabelecem um contexto que precisa ser mudado.

Se no meio rural, a vida é menos acelerada, menos estressante, quase sempre o trabalho é mais árduo. Se no meio urbano, o acesso aos bens e serviços pode ser maior, há mais poluição e degradação ambiental, principalmente nas periferias mais pobres da cidade, e maiores são os deslocamentos diários para o trabalho.

Podemos dizer que há um modo de vida rural que permanece nas pequenas cidades e um modo de vida urbano próprio das grandes cidades e que isso tem implicações sobre a saúde.

BARRETO (1987) apresenta uma discussão sobre o estilo de vida urbano, baseando-se na sociologia urbana de autores

como Simmel, Park, Redfield, Wirth, Schütz, Berger e Luckmann, dizendo que na cidade grande há uma

... substituição dos vínculos de solidariedade pela concorrência e mecanismos formais de controle; as relações de conhecimento pessoal tomam-se segmentárias, incompletas, menos intensivas; a cidade se caracteriza mais por contatos secundários do que primários, que têm como consequência: superficialismo, anonimato, caráter transitório das relações urbano-sociais, etc. (BARRETO, 1987, p. 170).

O contexto de fatores individuais e territoriais pode definir a possibilidade da realização de deslocamentos ativos, representados pela autonomia dos indivíduos, pela caminhabilidade do lugar e pelas oportunidades e necessidade de sair para realizar atividades cotidianas.

Para se promover a saúde dos idosos, com a realização de deslocamentos cotidianos ativos, deve-se pensar na reconfiguração do território. Para que haja deslocamentos cotidianos ativos que possibilitem um envelhecimento saudável, precisamos considerar três aspectos: a condição física do indivíduo, a condição física do lugar e seus vínculos territoriais.

Para ser suficientemente ativo nos deslocamentos cotidianos, a condição física do indivíduo é fundamental, que pode lhe permitir autonomia para caminhar ou andar de bicicleta. A maioria dos idosos sofre de doenças crônicas, dentre elas o diabetes mellitus que pode provocar a perda de sensibilidade nos membros inferiores do corpo e redução significativa na eficiência psicomotora, com diminuição do equilíbrio postural, levando a uma marcha mais lenta e instável do caminhar (ALVARENGA, 2010).

Está claro que nem todos os idosos estão em condições iguais de mobilidade. Dentre outras limitações fisiológicas que afetam a mobilidade dos idosos estão a perda da visão, perda da audição, problemas nas articulações reduzindo a flexibilidade e o equilíbrio, declínio da velocidade de julgamento, por exemplo, julgar a que distância está um automóvel e sua velocidade (SANT'ANNA, 2006).

O segundo aspecto é a condição física do lugar que permite ou não a caminhabilidade. As condições ambientais do lugar influenciam muito a possibilidade da realização de deslocamentos ativos. A possibilidade de caminhar para realizar atividades cotidianas está relacionada à qualidade do caminho e a boa acessibilidade ao pedestre: segurança pública, calçadas adequadas, arborização, trânsito amigável, faixas de pedestre. Ainda, devemos considerar as condições climáticas e a topografia do lugar, que podem dificultar os deslocamentos ativos, principalmente para os descapacitados e idosos, pessoas que normalmente têm dificuldades de locomoção.

Não basta melhorar as condições físicas das calçadas para que a população realize deslocamentos cotidianos ativos. É preciso que as ruas estejam arborizadas, com proteção contra o sol causticante, que haja comércio e serviços disponíveis a distância caminháveis. Deste modo, um lugar saudável possui os atributos diversos já considerados e, ainda uma oferta de serviços e comércio na vizinhança que permitam e estimulem deslocamentos ativos.

A mobilidade urbana tem grande importância no contexto da vida cotidiana e pode ser realizada, normalmente por três meios: deslocamentos ativos (a pé ou de bicicleta), transporte público ou automóvel particular. Ampliar a mobilidade urbana

por deslocamentos ativos pode significar uma melhoria das condições de saúde. É preciso perguntar: como construir territórios saudáveis, e estabelecer estratégias de promoção da saúde para uma vida mais ativa e saudável?

De todas as maneiras de se promover à saúde dos sujeitos a que mais tem sido discutida é a mudança de estilo de vida para a adoção de comportamentos saudáveis. Sabe-se que determinados comportamentos podem produzir riscos imediatos à saúde e outros riscos a longo prazo.

Mas, essas recomendações aos indivíduos para que mudem seu estilo de vida têm sido inócuas. O médico ou o profissional de saúde que prescreve o tal comportamento saudável, dizendo o que ele deve e não deve comer, o que ele deve e não deve fazer, cedo descobre que o indivíduo não é capaz de atender a prescrição. A estratégia falha e a culpa recai sobre o sujeito, e o serviço de saúde, bem como os profissionais de saúde se eximem da responsabilidade de pensar estratégias mais eficazes (LIMA, 2016).

Mas, por que a prevenção para mudança de estilo de vida e adoção de comportamentos saudáveis falha? Porque o estilo de vida representa um modo de vida que é o resultado das condições de vida e o comportamento é estabelecido nas relações sociais. É cultural porque é fruto de hábitos e costumes formados ao longo da vida no convívio com a família, com os amigos, com irmãos da religião e outros grupos sociais com os quais o sujeito se relaciona. A história de vida produz hábitos, modos de pensar e fazer que são difíceis de serem mudados. É social, porque os atuais contextos de vida e as normas sociais que se impõem sobre o indivíduo continuam determinando o seu comportamento. Estas normas sociais, que não estão escritas são estabelecidas

pelos grupos sociais, aos quais o sujeito faz parte; ou seja, família, amigos, colegas de trabalho, grupo religioso. Participar do grupo significa comungar valores, atitudes e comportamentos. Não aderir aos valores e aos comportamentos ditados pelas normas sociais significa para o sujeito perder o reconhecimento do grupo e o reconhecimento de si mesmo, perdendo a própria identidade.

Os comportamentos não são decididos pelos indivíduos, mas determinados pelos contextos da vida. É verdade que a informação e o conhecimento pode influenciar no comportamento dos indivíduos, mas é ingênuo pensar que o indivíduo, após ganhar informação, muda o seu comportamento, automaticamente. Este é o principal erro cometido nos programas de educação em saúde, que mesmo diante do insucesso, insistem com a mesma estratégia, transmissão de informação e mais nada (LIMA, 2016).

É difícil mudar estilo de vida e estabelecer novos comportamentos sem mudar hábitos e costumes, sem que os grupos sociais estabeleçam normas sociais que possam influenciar os indivíduos. Nisto, há determinações sociais. Portanto, se o estilo de vida não é criação do indivíduo, como se dependesse de sua vontade, está explicado porque os indivíduos não seguem as prescrições médicas e a simples informação não é capaz de produzir comportamentos saudáveis.

Segundo Veras (2012), há pelo menos cinco grandes categorias de fatores de risco que retiram qualidade e anos de vida: álcool, tabaco, estresse, sedentarismo e alimentação inadequada, mas o sucesso das ações de prevenção depende, menos da prescrição e mais da compreensão de que a sociedade é complexa e que existem o prazer, os desejos e a cultura. Talvez, o maior fracasso nas ações de prevenção de doenças que exige

mudanças de estilo de vida e o estabelecimento de novos hábitos e comportamentos saudáveis está no grupo de pacientes com doenças crônicas. Vamos considerar o caso dos idosos.

O envelhecimento é um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível e universal. Não é uma doença, entretanto, mais cedo ou mais tarde o indivíduo pode tornar-se menos autônomo e menos capaz para realizar as tarefas mais comuns do cotidiano e suscetível às doenças crônicas e degenerativas, o que aumentará o risco de morte.

Envelhecer significa para o indivíduo sentir o declínio da força física, da função imune e da resistência a estressores, com maior susceptibilidade a desfechos adversos de saúde: doenças crônicas, anorexia, sarcopenia, a osteopenia, déficits cognitivos e incapacidade de realizar muitas atividades cotidianas com autonomia. A consequência do envelhecimento da população é o aumento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, que normalmente impõem aos indivíduos limitações, dores e sofrimento. A população idosa, normalmente é acometida por diversas doenças crônicas e está sujeita a um contexto de acidentes e violência, com internações e reinternações, sendo frequentemente atendida em situação de emergência (OMS, 2015).

Em todo o mundo, a população vem envelhecendo. Nos países mais desenvolvidos isso ocorreu primeiro, de maneira mais lentamente, mas nos países de menor desenvolvimento o processo de envelhecimento da população vem ocorrendo de maneira acelerada, por causa da melhoria das condições sociais e sanitárias, que promoveu uma queda da mortalidade em geral e o aumento da expectativa de vida. Ocorre hoje no Brasil o que já ocorreu nos países desenvolvidos, uma mudança no perfil

demográfico da população, como consequência da diminuição das taxas de mortalidade e aumento da expectativa de vida, com o envelhecimento da população (ALVES et al., 2016).

A Organização Mundial da Saúde considera-se como idosa uma pessoa de 65 anos ou mais nos países desenvolvidos, e de 60 anos ou mais se viver em países menos desenvolvidos. Normalmente essa definição varia de país a país, considerando a idade a que uma pessoa tem direito a pensão por aposentadoria. O Estatuto do Idoso considera como população idosa o grupo de 60 anos ou mais. Em 2000, os idosos no Brasil eram 14.536.029, em 2010 eram 20.590.599, um crescimento relativo de 41% (AGÊNCIA IBGE, 2011).

Envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo do corpo biológico, que reflete a história clínica da vida de cada indivíduo, com alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, físicas e mentais, decorrentes da ação do tempo. Entretanto, não há correspondência linear entre idade cronológica e idade biológica. Neste processo há uma redução da capacidade funcional e maior vulnerabilidade as doenças, assim como limitações da capacidade funcional para realizar as atividades cotidianas com independência, dificuldades de integração social na família e na sociedade (NERI et al., 2013).

Cada indivíduo experimenta o envelhecimento de maneira diversa, a depender de fatores genéticos, biológicos, socioeconômicos, culturais e psicológicos. Isto significa que a população idosa não constitui um grupo homogêneo e planejar um envelhecimento ativo e saudável significa pensar em todas as etapas da vida. As intervenções que criam ambientes de apoio e promovem opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida (ASSIS, 2005; SANTOS et al., 2009; OMS, 2005).

No nível mais alto estão aqueles que estão buscando a manutenção da independência e a prevenção das deficiências inerentes a decrepitude e no nível mais baixo estão aqueles que lutam pela reabilitação e a manutenção da vida. Para envelhecer com saúde deve-se manter no nível mais alto que, necessariamente, só se alcança com envelhecimento ativo.

Se envelhecimento é um processo inevitável e irreversível, é possível retardar o envelhecimento, prevenindo e retardando as doenças crônicas e as incapacidades associadas ao envelhecimento, não só por intervenções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais.

O que sempre se buscou é adiar a morte, alongando o tempo da vida, mas hoje, mais do que nunca, se busca um envelhecimento saudável. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa estabelece estratégias de promoção da saúde para o envelhecimento saudável, com qualidade de vida, o que implica em controle de doenças crônicas, manutenção de capacidade funcional física e mental, estímulo a autonomia e a participação social ativa (BRASIL, 2006).

Costuma-se dizer que para um envelhecimento saudável é preciso ter hábitos saudáveis na infância e juventude. Não basta só viver mais, é preciso viver mais com qualidade de vida. Isto quer dizer saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social e espiritual, no contexto da cultura e dos sistemas de valores dos indivíduos e populações (BRASIL, 1996; INOUE et al., 2010).

Viver mais, quase necessariamente representa conviver com doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial, doenças cardíacas, doença pulmonar crônica, depressão, demências,

artrite e artrose, com complicações e agravos que já representam uma carga de cerca 2/3 da carga de doenças no Brasil. As estratégias de prevenção e controle das doenças crônicas e seus agravos têm sido impotentes para oferecer aos idosos melhor qualidade de vida.

Os fatores responsáveis pela epidemia de doenças crônicas que atingem principalmente os idosos estão relacionados à dieta, sedentarismo, dependência química de tabaco, álcool e outras drogas, ou seja, são de natureza comportamental ligadas aos estilos de vida.

A OMS (2015) diz que grande parte dos problemas de saúde dos idosos está associada a doenças crônicas que podem ser prevenidas ou retardadas, a partir de um envelhecimento ativo e com comportamentos saudáveis. Deste modo, o envelhecimento da população que está ocorrendo em todo o mundo, como resultado do aumento da expectativa de vida e queda nas taxas de fertilidade, exige do poder público respostas ao nível da estruturação das cidades para maior acessibilidade, e da saúde pública para ampliar os serviços de atenção à saúde, não só de tratamento das doenças próprias da velhice, mas de programas de promoção da saúde para um envelhecimento ativo e saudável.

Não há dúvidas de que um estilo de vida fisicamente ativo pode contribuir para melhoria do bem-estar e das condições de saúde e que uma das principais estratégias de promoção da saúde para idosos alcançarem um envelhecimento saudável é a prática de exercícios físicos (FERNANDES; SIQUEIRA, 2010).

Realizar atividade física regular e moderada pode retardar declínios funcionais e diminuir o aparecimento de doenças crônicas ou reduzir os efeitos. Todo programa de prevenção e

promoção da saúde de idosos deve considerar a realização de projetos que ampliem a capacidade de envelhecimento ativo da população, com independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade. Mas isso não será possível com mera prescrição.

Os grupos terapêuticos para idosos que são estabelecidos nas Unidades de Saúde como estratégia de ação coletiva terminam por serem reuniões de pessoas adoecidas que recebem informações sobre sua doença e prescrição para mudança de estilo de vida. Ainda que seja no grupo, a prescrição é para cada um, ou seja, individual. Quase sempre nada acontece, ou melhor, acontece a falta de adesão e, em pouco tempo, a dispersão do grupo.

A prevenção de doenças crônicas é o principal desafio dos tempos pós-modernos, para reduzir as morbi-mortalidades cardiovasculares e outros agravos delas decorrentes. Desde Ottawa (1986), a base das ações preventivas é a adoção de estilos de vida saudáveis, entretanto, os resultados das ações de prevenção, frequentemente, são insatisfatórios.

A prevenção prescritiva para mudança de estilo de vida continua sendo a estratégia. Embora os profissionais da saúde reconheçam que isso é pouco efetivo, eles dizem que enquanto não houver uma ação mais efetiva é isso que precisa continuar sendo feito. É preciso desconstruir essa ideia de que a responsabilidade da prevenção (autocuidado) é única e exclusivamente do indivíduo. Quando ele não consegue, quase sempre não, toda a culpa é dele mesmo.

Não podemos mais só ficar esperando que as pessoas venham a unidade de saúde, para saber quais são os seus

problemas e necessidades. Temos que ir até elas, em seu território, para reconhecer os contextos e considerar seus modos de vida; o sujeito em seus grupos sociais. Como já dito, anteriormente, é o grupo social do cotidiano dos indivíduos que estabelece hábitos e costumes, assim como normais sociais que se impõem sobre os indivíduos.

O primeiro passo é reconhecer que há uma determinação social da saúde e que os modos de vida dos indivíduos não são de sua livre escolha. Só então, poderemos pensar e estabelecer estratégias e ações que os ajudem a mudança do modo de vida e não, simplesmente, continuar prescrevendo ao indivíduo mudança de comportamento.

Pancer; Nelson (1996) reconhece a importância da família e dos amigos para ajudar o sujeito a estabelecer e manter novos hábitos e comportamentos e que promoção da saúde deve centrar-se em estratégias de intervenção comunitária. A base da ação está na própria comunidade, nas instituições públicas e comunitárias que estão no território como escolas, centros comunitários, associações, sindicatos.

A inclusão dos grupos sociais e das instituições sociais que formam a rede social dos sujeitos em programas de promoção da saúde pode constituir-se num grande passo para o estabelecimento de novos contextos de vida e comportamentos que sejam mais favoráveis à saúde. Este assunto será mais discutido no próximo capítulo.

3

REDES TERRITORIAIS LOCAIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE

São diversos os significados de “rede sociais” e atualmente o mais comum é o de redes virtuais, ligadas à rede mundial de computadores. As redes sociais da Internet aproximam pessoas que podem comungar ideias, trocar informações, compartilhar sentimentos, e mesmo articular ações coletivas em favor de um indivíduo ou uma causa.

Mas, há as redes sociais reais que se estabelecem nos encontros cotidianos das pessoas na família, nos grupos de amigos, nas relações de trabalho. Essas redes sociais reais são formadas por pontos (pessoas/organizações) ligados por fios que se conectam (comunicação). Esse conceito vem sendo muito utilizado na antropologia e nas ciências sociais. Dentre os significados do termo “redes sociais” os mais utilizados são de ligação e entrelaçamento e o principal aspecto das redes seria a de convergência de um ponto a outro, com articulação e rearticulação permanente (ENNE, 2004).

As redes podem ser definidas como “teias” de relações sociais que circundam o indivíduo, ou com os grupos que se tem contato ou alguma forma de participação. Nas redes sociais os

participantes são autônomos, mas unido pelas ideias, recursos, valores e interesses que são compartilhados” (MARTELETO, 2001, CHOR et al. 2001).

As redes sociais influenciam a difusão de informação e conhecimento e oportuniza o desenvolvimento de inovações por manterem canais e fluxo de informação entre os indivíduos, que a confiança e o respeito os aproximam e os levam ao compartilhamento, modificando ou ampliando o conhecimento (TOMAÉL; ALCARÁ e Di CHIARA, 2005).

Serapioni (2005) diz que a família e as redes sociais têm papel fundamental na promoção da saúde, nos seguintes aspectos: no fortalecimento de ações que produzem saúde ou proporciona a capacidade de enfrentar os problemas e mobilizar os recursos necessários; na capacidade de manutenção e promoção das relações no âmbito dos parentes, da vizinhança; na melhoria do acesso aos serviços de saúde, por sua função de mediação e de conhecimentos das oportunidades.

Uma pesquisa patrocinada pela British Medical Association revelou que 80% das doenças menos graves são diagnosticadas e tratadas em casa, sem a intervenção de profissionais de saúde. Por isso, se diz que a verdadeira unidade básica de saúde é a família, o primeiro nível de atenção à saúde. De modo geral, as redes sociais começam na família e é aí que os indivíduos podem se apoiar mutuamente e receber cotidianamente provisão para suas necessidades físicas, sociais e psicológicas (SERAPIONI, 2015).

3.1 Saúde comunitária e educação para autonomia

O termo ‘comunidade’ é polissêmico, amplamente utilizado na atualidade em várias disciplinas e pode ter significados

diferentes; pode ter conotações positivas e negativas, a depender do contexto em que é usado. Em meio a tantos significados, que podem trazer confusão, antes de tudo é preciso definir o que se entende, ou melhor, o que se quer dizer com isso. Frequentemente, toma-se o termo comunidade como querendo dizer a vizinhança, o bairro, a vila, um grupo religioso, rede de relacionamento na internet, de modo que há uma imprecisão conceitual no termo, por isso deve ser explicado (PERUZZO; VOLPATO, 2009).

Na cidade do Rio de Janeiro, o termo comunidade às vezes quer dizer favela, com um sentido de positivar aquilo que seria pejorativo, relacionado à criminalidade e ao tráfico de drogas; mas ao mesmo tempo, num sentido negativo quando referida à vida de carências do lugar em que vive (BIRMAN, 2008).

Em um sentido mais comum, comunidade é um agrupamento de pessoas que comungam ideias, ideais, partilham sentimentos, vivem em um mesmo lugar, construindo identidades individuais e de grupo social, estabelecidas na vida comunitária. Nisto há uma dialética entre a individualidade e a comunidade. O sujeito, constrói sua identidade, mas ao mesmo tempo necessita inserir-se em comunidade, para firmar-se enquanto indivíduo (RODRIGUES; COSTA, 2002).

Segundo Ferdinand Tönnies, uma comunidade se explica por relações entre os indivíduos motivadas por laços de sangue (unidade de existência), por aproximação espacial (lugar) e por aproximação espiritual (atividade comum), o que equivaleria a relações de parentesco, de vizinhança e de amizade.

É nesta classificação, portanto, que devemos procurar as raízes de todas as relações (*associações*).

Daí nós construímos as leis principais da comunidade: 1) Pais e esposos se amam reciprocamente ou se habituam facilmente uns aos outros, falam e pensam juntos de bom grado e frequentemente; da mesma forma os vizinhos e outros amigos; 2) Entre aqueles que se amam (etc.), existe a compreensão; 3) Aqueles que se amam e se compreendem, permanecem e moram juntos, regulam sua vida comum (TÖNNIES, 1995, p. 104).

Uma ideia muito discutida nos clássicos da sociologia é que a palavra comunidade significa vida em comum, solidariedade. Mas também há conflitos. Não é um agrupamento homogêneo de indivíduos, todos com um mesmo pensamento, com uma mesma perspectiva de ação, ao contrário, há pensamentos divergentes e disputas de poder (VIEIRA; XIMENES, 2012).

Para Góis, a comunidade reflete a vida, com uma dinâmica própria no lugar onde se vive, apresentando

“contradições, antagonismos e interesses comuns, que servem de construção e orientação das ações dos moradores em relação ao próprio lugar e à sua inserção no conjunto da sociedade. É um espaço de intermediação da vida familiar com a vida em sociedade, no qual o sujeito é confirmado como membro de uma determinada cultura e com uma determinada identidade de lugar” (GÓIS, 2008, p. 85).

Segundo Palácios (2001), o sentimento de pertença é o elemento fundamental para a definição de uma Comunidade, que se explica pela relação entre o indivíduo e o grupo social, fortemente influenciada pela territorialidade.

Para falar de consciência, palavra já tão desgastada e desacreditada, ou melhor, para resgatar o sentido e a importância

do conceito, temos que ir a Paulo Freire, para quem esse conceito era central na educação. Freire (1963) entende que há uma realidade objetiva em que o homem está e ao mesmo tempo com ela se relaciona, respondendo-lhe aos diferentes estímulos, construindo respostas. Busca conhecer para (re)agir por que conhecimento e ação são partes de uma mesma unidade que chamamos praxis.

Nesta dialética, é o conhecimento da realidade que nos leva a tomada de decisão (ação/reação/relação). Conhecer é uma necessidade do ser humano. Ao mesmo tempo em que busca conhecer para integrar-se ao contexto, o transforma porque não se acomoda simplesmente com a realidade, que é composta por objetos, pessoas e relacionamentos. Consciência é a capacidade de conhecer as coisas e a si mesmo (CHAUÍ, 2001).

Chainça (2013), estudando o termo conscientização nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) da educação fundamental, principalmente relacionados à questão ambiental reconhece o contexto histórico da elaboração desta proposta educacional, nos anos de 1990, que colocava em realce uma crise ambiental sem precedentes na história, e que era preciso oferecer respostas para a crise ambiental. A concepção dos PCN era moldada pela intenção de desenvolver nos estudantes consciência para cidadania, com ideias e valores para o desenvolvimento sustentável, para reduzir os impactos da economia sobre o ambiente e, ao mesmo tempo, as habilidades indicadas pelo mercado de trabalho (formação de mão de obra), mas sem questionar o modo de produção (BRASIL, 1997).

Para basear esse estudo, a autora foi buscar o conhecimento dos fundamentos da questão ambiental que se apresentava

mais pujantemente a partir da Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente, realizada em 1972, em Estocolmo, e do conceito de desenvolvimento sustentável que começou a ser formulado ali.

De acordo com os PCN, o papel do professor era de contribuir para a construção de consciências e cidadãos conscientes diante da realidade ambiental, para que tivessem mais que conhecimento, atitudes. Recomendava, seguindo as proposições assumidas na Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente - Rio 92 que a educação deveria ter papel fundamental para a mudança de mentalidade e consciência para se adotar novos pontos de vista e atitudes diante da crise ambiental. Ou seja, referia-se a educação ambiental que deveria ajudar aos alunos a construir uma consciência e assumir posições de defesa do meio ambiente (BRASIL, 1997).

Como nos PCN, educação ambiental e conscientização passaram a estar juntos, Chainça (2013) desenvolveu uma discussão sobre os termos consciência e conscientização que passaram a fazer parte do discurso ambiental, baseando-se principalmente em Freire (1980) e Vieira Pinto (1960).

Freire, tomando emprestado as ideias de Vieira Pinto (1960) fala de consciência alienada. O termo conscientização para Paulo Freire era diálogos de consciência e para o Vieira Pinto era comunicação de consciências, o que em princípio tem o mesmo sentido. Mas, é o diálogo que se constitui como parte fundamental do método freiriano que pode ser sintetizado nas seguintes frases: “...ninguém se conscientiza separadamente dos demais” (FREIRE, 1987, p. 8) e “já agora ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém educa-se a si mesmo; os homens se educam em comunhão, mediados pelo mundo” (FREIRE, 1987, p. 39).

A alfabetização seria um processo de conscientização, que permitiria ao sujeito uma apropriação consciente da cultura e da própria existência (FREIRE, 1980; GADOTTI, 2014).

Alienação e consciência têm sentidos antagônicos. Vieira Pinto (1960) fala de consciência alienada e consciência autêntica. Alienação não é falta de consciência, mas falta de consciência própria. É quando o sujeito pensa com a consciência alheia, pensa e age pelo que pensam os outros, pelo ponto de vista alheio. Este é o sentido etimológico da palavra alienado. O alienado vive por uma consciência que não é sua própria, mas do outro, não tem consciência autêntica.

Para Paulo Freire, consciência ainda não é tudo. A consciência é uma compreensão ingênua da realidade, que chama de consciência transitivo-ingênua. É a partir da educação que ocorre a passagem da consciência a um estado mais avançado: a conscientização, a passagem de uma concepção distorcida da realidade para uma percepção crítica da mesma (FREIRE, 1980).

Em Freire (1980), a consciência tem o sentido de aproximação crítica da realidade, em que o sujeito tem a compreensão de sua posição no contexto social em que está inserido, para ser capaz de tomar seu destino nas mãos e interferir no processo histórico. Para Paulo Freire, a educação só pode ser instrumento de transformação da realidade e libertação se estiver vinculada a vida social dos sujeitos.

Assim, é na vida comunitária e na relação com o outro que se estabelece a consciência, que se desenvolve para promover o atendimento às necessidades de cada um, a partir de uma perspectiva de cooperação e solidariedade, sem desconsiderar que pode haver disputas e competitividade no debate das ideias,

na tomada de decisão, no conflito de interesses e no exercício de liderança (GÓIS, 2008).

Voltando a Tönnies (1995), encontramos três formas de comunidade: comunidade de lugar (coabitação no território), comunidade de sangue (unidade de existência e consanguinidade) e comunidade de espírito (afetividade, amizade e afinidade espiritual), que certamente estão integradas umas nas outras.

Palácios (2001) defende que alguns elementos fundamentais caracterizam uma comunidade: a) sentimento de pertencimento; b) sentimento de comunidade; c) permanência (em contraposição à efemeridade); d) territorialidade (real ou simbólica); e) forma própria de comunicação entre seus membros por meio de veículos específicos. Para ele, a questão da territorialidade assume novo sentido. Em outras palavras, a base da vida comunitária estaria na comunhão de pensamento e de ideais.

Pertencer à comunidade significa partilhar com o outro o espaço e o cotidiano, no mesmo sentido que Raquel Paiva apresenta em seu livro “O espírito comum: comunidade, mídia e globalismo”.

O homem vive mais nos outros que em si mesmo, mais na comunidade do que em sua individualidade... A comunidade representa para o indivíduo a via de construção de sua existência, abrindo possibilidades para (com)partilhar... Na relação comunitária o indivíduo, ao partilhar da existência, se reconhece no outro (PAIVA, 2003, p. 81, 88)

Na comunidade, há vida comum. A atividade comunitária é ao mesmo tempo uma atividade pessoal e coletiva, estabelecida no diálogo acerca da própria vida e dos problemas dos indivíduos em um grupo social, sendo orientada pelo sentido (significado

pessoal) e pelo significado (sentido coletivo) que a própria atividade e a vida comunitária têm para os indivíduos e para a comunidade.

A atividade comunitária que é uma atividade social significativa (consciente) constrói o modo de vida (objetivo e subjetivo) dos indivíduos e da comunidade, em sua relação com o território, produzindo identidades individual e coletiva. Nesta relação, constroem-se os sujeitos, um modo de vida e o próprio território, a medida que se constrói a consciência (reflexivo-afetiva) dos indivíduos e da comunidade (GÓIS, 2005).

3.2 Promoção da saúde com intersectorialidade e mobilização social

Lima (2016) diz que a Estratégia Saúde da Família está falhando, porque grande parte das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) pouco realiza práticas e ações de prevenção e promoção da saúde. Diz ainda, que as ações de prevenção, quando realizadas estão baseadas em um modelo de determinação biológica das doenças, são prescritivas e com pouca resolubilidade. É que a organização do trabalho das equipes de saúde está voltada, predominantemente, para a atenção individual curativa e medicalizante.

É preciso mais que tratar os pacientes, é preciso cuidar das pessoas, o que significa também prevenir as doenças promover a saúde. Promoção da saúde e prevenção das doenças são coisas diferentes, mas frequentemente confundidas.

Ainda que sejam importantes a assistência e o tratamento das doenças, porque quem está doente tem pressa, é necessário reconhecer os limites da

atenção individual para a resolução dos problemas e necessidades de saúde de uma população, que se relacionam ao contexto da vida cotidiana, para os quais é preciso olhar não só para o corpo doente, mas para o lugar em que vive, o território, que expressa mais do que uma condição biológica, as condições socioeconômicas e culturais que se estabelecem como determinantes sociais da saúde (LIMA, 2016, p.25).

Não se faz promoção da saúde se não com articulação intersetorial e mobilização comunitária. De acordo com Teixeira; Paim; Vilasbôas (2000), as ações intersetoriais exigem o compartilhamento e articulação de interesses, saberes e práticas das diversas organizações envolvidas. A articulação entre o Estado e sociedade civil contribui para a efetividade das ações em saúde e podem acontecer através de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais, tais como, educação, saúde, cultura, ONGs, instituições religiosas e organizações comunitárias (SILVA; RODRIGUES, 2010).

Oliveira; Casanova (2009) indicam que a vigilância da saúde deve apoiar-se em três pilares fundamentais: território, problemas e práticas de saúde, e ser organizada para dar respostas aos problemas de saúde da comunidade, orientando atividades de prevenção e promoção da saúde, valendo-se de interdisciplinaridade e intersetorialidade.

Do ponto de vista técnico-operacional, a vigilância da saúde viabiliza a reorientação do processo de trabalho ao reconhecer o território como conceito fundamental. Nesse espaço, busca-se estabelecer a definição de problemas e de prioridades, bem como o conjunto de meios para atender efetivamente as necessidades de saúde da comunidade, integrando e organizando as atividades de promoção, de prevenção, tal como

as assistenciais-reabilitadoras, valendo-se de conceitos como interdisciplinaridade e intersetorialidade.

A intersetorialidade é compreendida neste estudo como uma relação de compartilhamento de decisões entre instituições públicas, em especial, com os setores da saúde e educação para promover a saúde no território. Também remete ao “conceito/ ideia de Rede cuja prática requer articulações, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações” (PAIM, 2009, p. 21).

As redes instigam a intersetorialidade como uma forma horizontal de organização à medida que envolve as pessoas, organizações e instituições nas etapas de concepção e planejamento das ações. A formação de redes é pertinente quando se deseja provocar o desenvolvimento comunitário.

Diante do exposto, optou-se nesse trabalho por abordar as redes comunitárias como uma das estratégias que articula os setores da saúde, da educação e as instituições da sociedade civil para a prevenção e promoção da saúde no território como possibilidade de melhoria das condições de vida e saúde dos indivíduos e da população, no contexto de vida e trabalho.

Nessa perspectiva, os agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias, agentes de saúde escolar, sob a coordenação das (os) enfermeiras, foram estimulados a constituir redes comunitárias para a promoção da saúde e controle da dengue, a partir das Unidades Básicas de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde em Uberlândia.

Para Gohn (2008) a mobilização social é um processo político e cultural presente em todas as formas de organização

das ações coletivas. Possui vários sentidos, de acordo com a fonte ou a área onde se articula a organização, seja, em movimentos sociais, em ONGs isoladas ou atuando em redes e por meio de políticas públicas estatais.

É importante que os serviços de saúde sejam organizados na perspectiva da participação e mobilização comunitária, reconhecendo o potencial social e comunitário para a solução dos problemas. Deste modo, é necessário criar espaços de diálogos que tenham como objetivo aproximar a unidade de saúde e a comunidade, para juntos estabelecer as ações que possam resultar na melhoria da saúde dos indivíduos e da população, para a qual todos são responsáveis.

Nessa perspectiva, é importante fomentar e/ou fortalecer os grupos comunitários e estimular o apoio de instituições sociais e instituições públicas, ativando assim, as redes comunitárias para prevenção e promoção da saúde no território.

As redes comunitárias são um importante instrumento para o fortalecimento dos sujeitos e das comunidades e estas podem ser ativadas a partir dos interesses e metas em comum. Visando a melhoria das condições de vida e ainda, possibilita que os indivíduos, instituições e comunidades tenham maior autonomia na resolução dos problemas de saúde.

Concordamos com Fugimoto; Sarmiento (2007) quando falam que as redes comunitárias podem ser entendidas como um esforço para promover conexões entre indivíduos, lideranças comunitárias, voluntários, esferas governamentais, empresas, dentre outros.

Para que a participação se concretize, é importante a mobilização social. Assim, a comunidade, a família e todos

os envolvidos se sintam sujeitos do processo e não objetos, e percebem o seu papel no processo de mudança ou melhoria. Por isso, é necessário envolvê-los no planejamento das ações a serem realizadas, ouvindo suas demandas e suas necessidades, e dando voz aos sujeitos, que sabem melhor do que ninguém onde lhe “apertam os sapatos”.

Nesse sentido, faz-se necessário discutir o conceito de “*empowerment*”, que está subentendido nos cinco campos de ações de promoção da saúde, desde a primeira Conferência em Ottawa, como mencionado anteriormente.

À medida que as conferências internacionais da saúde foram sendo realizadas, este conceito foi se tornando cada vez mais explícito, como por exemplo “promoção da responsabilidade social com o empoderamento da população e aumento da capacidade da comunidade para atuar nesse campo” (BUSS; FERREIRA, 2002, p. 16).

Segundo Valoura (2016), Paulo Freire utilizou a expressão empoderamento, embora a palavra ‘*empowerment*’ já existisse na língua inglesa, com o significado de “dar poder”, para que o sujeito consiga realizar uma tarefa sem necessitar da autorização de outras pessoas. Para o educador a pessoa, grupo ou instituição empoderada é aquela que consegue, por si mesma, organizar e implantar mudanças e ações que a levam a evoluir e se fortalecer.

Segundo Zamudio (1988) e Carvalho (2004) existem controvérsias a respeito desse conceito, devido a sua tradução para o português, que para alguns o sinônimo de “empoderamento” é “apoderamento” e, para outros, “emancipação”. De acordo com o dicionário Aurélio “apoderar-se”, é o mesmo que “apossar-se”, “assenhorar-se”. Emancipar significa tornar independente,

libertar. Já “empoderamento” é sinônimo de ação, processo ou efeito de empoderar, que na sociologia é a conquista e distribuição do poder de realizar ações, a partir da conscientização social, individual ou coletiva (FERREIRA, 2010).

Na Educação, é a conscientização, reflexão, objetivação e ações de indivíduos e/ou grupos que levam à mudança da condição individual e coletiva, ou ainda, pode ser entendida como a superação da falta de poder político e social, coletivo ou individual, das populações (FERREIRA, 2010).

Muitos autores utilizam a expressão “empoderamento comunitário”, para dizer que não só os indivíduos devem ser mobilizados, mas também as organizações da sociedade civil, em rede, devem ser ativadas para participarem do processo de promoção da saúde, para a melhoria da qualidade de vida e da saúde, no lugar onde se vive, o que implica, necessariamente na reorganização das práticas de atenção à saúde (CARVALHO, 2004, ROSO; ROMANINI, 2014).

Com base no que foi exposto, optou-se pelo termo “empoderamento”, em primeiro lugar, por ser a definição que melhor se enquadra no conceito de promoção da saúde definida na Carta de Ottawa, como sendo o processo de capacitação e participação da comunidade para a melhoria da qualidade de vida e, em segundo, por sua definição no dicionário Aurélio de português.

A saúde dos indivíduos e da comunidade não pode ser enfrentada sem um trabalho articulado entre os indivíduos, famílias, vizinhanças, instituições sociais e públicas. O diálogo entre os diversos setores possibilita a construção de ações integradas capazes de responder com mais efetividade aos desafios da saúde pública.

Nessa perspectiva, é necessário pensar a saúde no contexto de vida, como uma rede de saúde, que inclui a potencialidade local, as experiências acumuladas, os dramas sociais e humanos de uma coletividade. “É preciso, para se pensar a saúde, estar onde o povo está, convivendo e aprendendo, construindo com ele conhecimentos sobre sua própria vida e lugar” (GÓIS, 2008, p. 103).

De acordo com Christakis (2010), nossa saúde não depende somente das nossas escolhas e ações, mas, também, das escolhas e ações daqueles que estão em torno de nós. Nossa capacidade de interagir em redes sociais faz com que os eventos que ocorrem com outras pessoas, independente de conhecê-las ou não, podem se propagar e nos afetar. Sendo assim, a relação do indivíduo com a coletividade, na rede social em que participa cotidianamente é um fator fundamental para determinar nossa saúde e a dos outros.

Desta forma, numa perspectiva de rede, precisamos reconsiderar a forma como entendemos saúde, para estabelecer ações e práticas de saúde que atendam as necessidades mais imediatas de saúde dos indivíduos que é o tratamento da doença, mas também, com estratégias da saúde coletiva, atendam aquelas necessidades que se apresentam como resultado de sua relação com os outros indivíduos e com o lugar onde se vive.

3.4 Redes comunitárias

Lopes; Lana (2015), discutindo a necessidade de participação popular no controle da hanseníase em Almenara, no norte de Minas Gerais, dizem que falta engajamento da sociedade e uma maior participação social na vida política do país. A conclusão

que os autores chegam é que o serviço de saúde não está sendo capaz de promover a participação social para o controle da hanseníase, conforme proposto no Plano Nacional de Controle da Hanseníase.

Isso ocorre em outros municípios, uma dificuldade para entender ou uma deliberada decisão de não fazer, por que a maioria dos gestores e dos profissionais de saúde assume que sua função é tratar a doença, com todo o aparato tecnológico disponível e o “paciente” é o objeto da intervenção terapêutica, cabendo a ele apenas aderir ao tratamento.

Verdadeiramente, há uma falta de engajamento da sociedade nas democracias representativas, em que frequentemente se está delegando a outro a ação política. Mas é possível que a sociedade amplie sua participação na definição dos rumos da vida, a partir dos movimentos sociais e das instituições sociais da sociedade civil.

Serapione (2015), estudando experiências de participação cidadã nos sistemas de saúde de países do Sul da Europa, reconhece que abordagens que privilegiam a participação social em processos de decisão têm sido debatidas, com diferentes formas, institucionalizadas e não institucionalizadas. O autor reconhece que essas ideias ainda sobrevivem no enquadramento legislativo, porém com pouca efetividade prática. É o que de fato ocorre também no Brasil.

Entretanto, temos propugnado que a organização da participação social, não só nos Conselhos Municipais e Locais de Saúde, mas também nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil tem a capacidade de ajudar a resolver os problemas coletivos de saúde em uma comunidade.

Os indivíduos em uma sociedade, invariavelmente estão ligados a uma organização social que Andrade; Vaitsman (2002) identificam como (1) organizações sociais (religiosas, grupos de jovens, de mulheres, de esportes, de educação e informação), (2) organizações políticas tradicionais (sindicatos, partidos políticos, associações profissionais) e as (3) novas organizações políticas (meio ambiente, paz, direito dos animais).

A participação dos Conselhos Locais de Saúde é fundamental na articulação de uma rede comunitária de saúde. Além de fiscalizar as ações e os serviços de saúde, exercendo o papel de controle social, os Conselhos podem trabalhar pela mobilização social necessária à participação dos sujeitos na política e gestão da saúde, e ainda, ajudar na construção de um modo de vida solidário em um território saudável, em que cada um pode cuidar da própria saúde, da saúde dos outros e do lugar onde vive.

A mobilização social para promoção da saúde pode ser realizada a partir de pequenos grupos que se reúnam para a realização de um ou mais objetivos. Fonseca (1988) diz que a característica fundamental dos grupos sociais é que os sujeitos, em suas realidades existenciais efetivamente se encontrem. O indivíduo se faz no contexto das relações sociais e na cultura. Sociedade e indivíduo se constroem em relação dialética, um se constrói a partir do outro.

As pessoas não são individualidades separadas da realidade, independente do seu contexto social como quer a ciência moderna e o pensamento liberal, que construíram uma racionalidade na qual os indivíduos são livres e independentes. Zanella et al. (2002) dizem que os indivíduos não são tão livres

assim e donos de seus destinos que sejam independentes e separados uns dos outros e do contexto social em que vivem.

A referida Portaria reforçava a importância “Apóia-se na suposição de que haja vida humana à parte de algum contexto social, e na idéia fictícia de que a sociedade possa existir como algo independente dos indivíduos e de suas ações. Por isso, a doutrina política liberal valoriza o individualismo, sustenta a idéia de liberdade individual face ao poder de coerção que seria exercido pela sociedade sobre o indivíduo” (MADUREIRA, 2005, p. 1).

Há uma ideia interessante em Berger; Luckmann (1985). Segundo eles a sociedade se constrói dentro de uma visão dialética: o homem é produto da sociedade, a sociedade é produto do homem e este processo se realiza em três etapas, sendo a primeira etapa a exteriorização, que corresponderia a toda atividade do homem no mundo, a segunda etapa a objetivação, que seria todas as conquistas fruto desta exteriorização e por último a interiorização que corresponderia à transformação destas estruturas objetivas em estruturas da consciência subjetiva. Assim para o autor, os processos que interiorizam o mundo socialmente objetivado são os mesmos processos que interiorizam as identidades socialmente conferidas. O indivíduo é socializado para ser uma determinada pessoa e habitar um determinado mundo. A identidade subjetiva e a realidade subjetiva são produzidas na mesma dialética (aqui, no sentido etimológico literal) entre o indivíduo e aqueles outros significativos que estão encarregados de sua socialização.

Compreender o sujeito como histórico e socialmente constituído e a realidade social como resultante das atividades de homens concretos que, por intermédio dessas atividades

se objetivam e se subjetivam, requer um esforço teórico-metodológico que permite lidar com supostos antagonismos, sem perder de vista a noção da constituição mútua. Uma das grandes dificuldades diz respeito ao reconhecimento de que do social constitui-se o sujeito (GÓES, 1993), ou seja, em que medida há um eu que, socialmente constituído, caracteriza-se como singular.

Desse modo, o sujeito de que se fala somente pode ser entendido enquanto tal na medida em que é histórico e socialmente constituído, pois desde que nasce se apropria das características humanas objetivadas nos diversos elementos da cultura. Por sua vez, esse mesmo sujeito, por meio de suas atividades objetiva-se e imprime sua marca no contexto social em que se insere, objetivação esta mediada pelo que foi socialmente apropriado.

3.5 Construindo redes comunitárias para o controle do *Aedes aegypti*

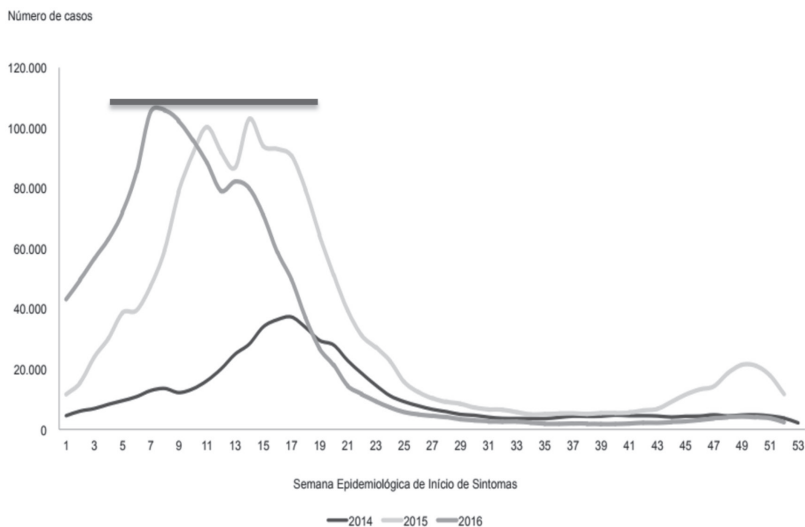
Em 2015, o Brasil enfrentava sua pior epidemia de dengue, tendo sido registrados 1.688.688 casos de dengue. Somando-se os 38.499 casos prováveis de febre de chikungunya chega-se a 1.727.187 casos de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Provavelmente os casos de Zika virus estavam computados neste número, tendo em vista que ainda não haviam exames laboratoriais que o distinguissem das outras duas doenças.

No período mais agudo da epidemia, que se estendeu da semana epidemiológica (SE) 9 a 19 (fevereiro a maio), chegou-se a cerca de 100 mil casos de dengue em apenas uma semana, por duas vezes, nas SE 11 e 13 (março). Se não bastassem as epidemias

de dengue e a emergência das febres por zika e chikungunya, os casos de microcefalia em neonatais aumentaram de forma assustadora, comprovadamente relacionados à contaminação das gestantes pelo zika virus.

Em 2016, a epidemia se repetiu, quando foram registrados 1.500.535 casos prováveis de dengue no país, que somados aos 271.824 casos de chikungunya e 215.319 casos de Zika virus chegamos a 1.987.678 casos de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*, o que torna a epidemia de 2016 maior que a de 2015 (Figura 7).

Figura 7: Brasil, casos prováveis de dengue, 2014, 2015 e 2016



Fonte: BRASIL (2017)

Em Minas Gerais, ocorreu coisa semelhante. O número de casos de dengue foi progressivamente maior a cada ano, a

partir de 2014. Em 2015, foi registrado um aumento de 333,3% em relação ao ano anterior e em 2016 foi registrado um aumento de 269,2% em relação a 2015, chegando a 524.600 casos, como apresentado na Tabela 1 (MINAS GERAIS, 2017).

Tabela 1: Minas Gerais, casos Prováveis de dengue, 2012 a 2016

Mês	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Jan	14.470	3.812	2.342	35.519	5.016	7.075	57.901
Fev	29.488	5.659	2.599	62.557	8.576	9.339	138.524
Mar	55.309	7.350	3.887	146.925	11.294	27.853	158.624
Abr	62.406	8.662	4.753	123.965	15.335	59.992	122.335
Mai	38.813	6.914	3.848	31.309	9.815	51.245	36.565
Jun	6.398	1.690	2.525	7.232	3.496	14.198	4.752
Jul	1.682	655	1.221	1.654	1.116	3.305	1.010
Ago	611	419	650	673	552	1.226	627
Set	493	399	532	577	653	979	628
Out	419	504	659	744	643	1.313	745
Nov	811	880	1.162	1.056	874	3.824	1.208
Dez	1.651	1.365	6.356	2.526	1.101	14.533	1.847
Total	212.551	38.309	30.534	414.737	58.471	194.882	524.600

Fonte: MINAS GERAIS (2017)

Prevenir a dengue parece ser simples, basta evitar a reprodução do mosquito e, para isso, é preciso eliminar os criadouros. A regra básica é não deixar água parada em qualquer tipo de recipiente. Mas, na prática, isso é um desafio para a saúde pública, difícil de ser superado.

No Brasil, todos os anos são gastos milhões de reais no Programa Nacional de Controle da Dengue para o combate do mosquito *Aedes aegypti*. No entanto, as estratégias adotadas parecem não serem eficazes, já que há mais de quarenta anos

as epidemias são recorrentes, e cada vez em patamares mais elevados.

O governo realiza o combate à doença ignorando a população, depois a culpa por não fazer a sua parte. Não há duas partes, a do governo e a da população, mas uma só parte. Governo e população devem estar juntos, em um mesmo plano, trabalhando juntos na mesma ação.

É necessário pensar a dengue a partir de estratégias de prevenção e promoção da saúde que tirem o foco do indivíduo e da doença para estabelecer ações que busquem a mudança dos contextos de vida das populações. Em algumas cidades, a falta de infraestruturas e alguns serviços urbanos como abastecimento regular de água, coleta de lixo são fundamentais, porém mais fundamental é a participação da população, porque os criadouros do mosquito estão dentro das casas. Sem isso, não é possível controlar o *Aedes aegypti*.

No Programa de Controle da Dengue, na maioria dos municípios a estratégia principal é o combate ao vetor, a partir da visita domiciliar de um exército de Agentes de Controle de Endemias, com remoção mecânica de criadouros e controle químico dos focos do mosquito. Foi exatamente isso que Oswaldo Cruz fez no início do século XX, para controlar o *Aedes aegypti* e bloquear as epidemias de febre amarela: usou um exército de agentes de saúde e a aplicação de muito inseticida (veneno).

Os Agentes de Controle de Endemias entram nas casas com sacos pretos de baixo do braço para limpar as casas das pessoas. Com isso, fica claro que o governo espera que os agentes de endemias combatam o mosquito, como nos tempos de Oswaldo Cruz, e a população espera que isso ocorra.

Em verdade, superamos Oswaldo Cruz, quando o Presidente da República sancionou a Lei Nº 13.301, de 27 de junho de 2016, que autorizava a aplicação de inseticida sobre as cidades, por avião, como forma de controlar o *Aedes aegypti*, contrariando a comunidade científica e os técnicos do Ministério da Saúde.

O desespero era tão grande com a tríplice epidemia das doenças transmitidas pelos *Aedes aegypti* que esta mesma Lei, inspirada no sanitarismo autoritário do início do século XX, nos moldes da truculenta polícia médica, autorizava o ingresso forçado aos imóveis, quando o cidadão não autorizar a entrada do agente de saúde no domicílio (BRASIL, 2016).

Mas, o que está de errado nisto? Não é uma questão de saúde pública que justifica a força e a exceção para proteger a saúde e a vida dos cidadãos? É que existem duas formas de resolver a questão. Uma delas é essa, que efetivamente, ignora a participação popular na solução dos problemas. O Estado autoritário se acha no direito de assumir para si a responsabilidade de agir em nome de todos. A outra forma de resolver os problemas de saúde pública é partilhando as estratégias e ações com a população.

A partir do entendimento de que a saúde não depende apenas da nossa biologia ou das escolhas e ações que fazemos, mas sim, da somatória de tudo isso com o contexto no qual estamos inseridos (determinação social da saúde), é importante que os serviços e profissionais de saúde reconheçam o potencial social e comunitário para resolução dos problemas de saúde.

A superação do modelo biomédico consiste em reconhecer que um dos caminhos para melhoria da saúde está na consideração da realidade social que a população está inserida, tendo como parâmetro inicial a própria comunidade, através da articulação e

mobilização dos serviços, instituições e grupos comunitários em prol de um objetivo comum, o que constitui o que chamamos de redes comunitárias.

Nessa perspectiva, os agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias, agentes de saúde escolar, sob a coordenação das (os) enfermeiras, foram estimulados a constituir redes comunitárias para a promoção da saúde e controle da dengue, a partir das Unidades Básica de Saúde da Família (UBSF) e Unidades Básica de Saúde (UBS) em Uberlândia.

Em Uberlândia, em 2015, o processo de constituição das redes comunitárias iniciou-se com o curso de capacitação para os profissionais de saúde das UBSF e do CCZ (Centro de Controle de Zoonoses), no qual os participantes foram estimulados a pensar em estratégias de mobilização social que envolvessem as famílias, as instituições sociais e as instituições públicas para o controle da dengue, nas áreas de abrangência das UBSF e UBS.

O objetivo era envolver as instituições da sociedade civil e as instituições públicas, especialmente os setores de saúde e educação, para convencer a população de que bastavam apenas 10 minutos por semana para realizarem em sua casa uma vistoria e eliminar os criadouros do mosquito transmissor da dengue. O lema era “juntos somos mais”, convocando as pessoas a “cuidarem de sua saúde, da saúde de sua família e do lugar onde vivem”.

No curso de capacitação, a presença das enfermeiras coordenadoras de equipes de saúde da família foi fundamental, pois caberia a elas liderar o trabalho da criação das redes que iriam articular a intersetorialidade, em especial, os setores da educação, do desenvolvimento social e da saúde e, ainda,

promover a mobilização das instituições sociais (ONGs, entidades da sociedade civil, dentre outros) com o intuito de realizar prevenção e promoção da saúde.

Durante o curso discutiram-se aspectos teóricos e práticos para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde tendo como foco o controle do mosquito *Aedes aegypti* e o processo de territorialização e integração dos agentes de combate a endemias com os agentes comunitários de saúde, nos territórios da atenção básica. De início, optou-se por realizar o curso com todas as 69 equipes da saúde da família (UBSF) e 9 equipes da atenção básica (UBS) da zona urbana. É importante ressaltar que embora as unidades de saúde da zona rural não tenham participado do curso, num primeiro momento, elas foram capacitadas no primeiro semestre de 2016, na medida em que a experiência estava sendo realizada.

Para realização do curso contamos com o apoio da coordenação da Atenção Básica de Saúde, com o coordenador do Programa da Dengue e com o coordenador do Programa Saúde na escola, que tiveram papel importante, não só de apoiar a iniciativa, mas também de mobilizar em cada setor os sujeitos que deveriam participar do curso.

Enquanto, discutíamos a estratégia de integração dos agentes de controle de endemias com os agentes comunitários de saúde, para juntos realizarem ações de prevenção e promoção da saúde, com foco no controle do *Aedes aegypti*, o Ministério da Saúde, alterava o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011 para determinar que se realizassem ações integradas do agente comunitário de saúde com os agentes de controle de endemias, em casos de surtos e epidemias, com a

publicação da Portaria nº 2.121, de 18 de dezembro de 2015.

Art. 2º do Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, passava a vigorar acrescido do seguinte inciso ao subtítulo “Do Agente Comunitário de Saúde”:

“IX - ocorrendo situação de surtos e epidemias, executar em conjunto com o agente de endemias ações de controle de doenças, utilizando as medidas de controle adequadas, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores, de acordo com decisão da gestão municipal” (BRASIL, 2015).

A referida Portaria reforçava a importância da referida Portaria reforçava a importância da articulação intersetorial no combate ao mosquito *Aedes aegypti*. A Secretaria Municipal de Saúde e o diretor da Vigilância em Saúde, entendendo a necessidade do trabalho integrado entre vigilância e assistência, já haviam se antecipado à determinação da Portaria, de modo que essas ações já estavam sendo desenvolvidas em Uberlândia.

Uberlândia tinha, em agosto de 2015, 431 Agentes de Combate a Endemias (ACE) efetivos, com cerca de 230 integrando o Programa de Controle da Dengue. Desse total, 80 foram designados para participarem do processo de territorialização e integração na atenção básica, junto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), numa relação de 1 ACE para cada equipe de saúde da família. Foram esses 80 ACE que participaram do curso.

Também participaram 49 Agentes de Saúde Escolar (ASE) que trabalhavam em escolas de ensino fundamental na área urbana. Cada ASE é responsável por aproximadamente 1.700

estudantes, em 83 escolas (educação infantil municipal e ensino fundamental municipal e estadual), com aproximadamente 43.619 alunos atendidos.

Das 69 equipes de saúde da família da área urbana, participaram do curso 300 agentes comunitários de saúde e 69 enfermeiros (as) (Tabela 2).

Tabela 2: Número de profissionais capacitados, Uberlândia 2015

Profissional	N.	%
Enfermeiros (as)	69	14
Agentes comunitários de saúde	300	60
Agentes de combate a endemias	80	16
Agentes de saúde escolar	49	10
Total	498	100

Organização: SANTOS, F.O; LIMA, S. C. (2016).

Para melhor aproveitamento do curso, dividiu-se a capacitação em sete turmas, compostos por uma média de 10 unidades de saúde em cada turma. Essa divisão foi importante, porque permitiu que os profissionais que trabalham na mesma unidade realizassem o curso com sua equipe de trabalho. Isso possibilitou uma maior interação e uma aplicação mais efetiva das atividades no território em que estavam inseridos.

O curso de capacitação, realizado na Universidade Federal de Uberlândia foi ministrado pelos seguintes profissionais: Dr. Samuel do Carmo Lima, docente da Universidade Federal de Uberlândia, que na ocasião exercia o cargo de diretor da Vigilância em Saúde do município; Dr. João Carlos de Oliveira, professor

da Escola Técnica de Saúde da UFU, que desenvolve trabalhos na área da mobilização comunitária e dengue e; a doutoranda Flávia de Oliveira Santos, técnica do Laboratório de Geografia Médica, e ainda, seis estagiários dos cursos de Geografia, Saúde Ambiental, Psicologia e Direito da Universidade Federal de Uberlândia, que atuaram como monitores.

O curso teve início em agosto de 2015 e encerrou-se em dezembro de 2015, com duração de 30 horas para cada turma, sendo que, desse total, 12 horas foram desenvolvidas em sala de aula e 18 horas foram desenvolvidas em atividades práticas na área de abrangência das respectivas unidades de saúde. No final, os participantes receberam um certificado de participação.

O curso foi dividido em 3 módulos, com os seguintes temas: Visita Domiciliar, Mobilização Comunitária e Articulação Intersetorial. Em cada módulo foram realizadas discussões teóricas e de planejamento para as atividades práticas que foram realizadas em dispersão, nos território de abrangência das equipes de saúde da família.

1º Módulo - Visita domiciliar: fez-se uma discussão inicial sobre a epidemia da dengue, abordando questões relativas ao trabalho dos agentes nas visitas domiciliares, levando-os a refletir sobre o que é promoção da saúde, como são realizadas as visitas no território e como envolver os Agentes Comunitário de Saúde (ACS), Agentes de Combate a Endemias (ACE) e Agentes de Saúde Escolar (ASE) nesse trabalho.

2º Módulo - Mobilização comunitária: Fez-se uma discussão sobre essa temática e como a mesma pode contribuir para a vigilância e controle da dengue no território. Nesse módulo procurou ainda instigar os participantes a refletirem sobre qual é o papel das instituições sociais nesse processo e como podem

contribuir com a saúde da população, sempre envolvendo os ACE, ACS e ASE.

3º Módulo - Articulação Intersetorial: Levantou-se uma discussão sobre a importância da intersectorialidade entre as instituições públicas para a vigilância e o controle da dengue, levando os participantes a refletirem sobre como devem ser realizadas a articulação intersectorial e a mobilização dessas instituições.

No 1º módulo, abordando o tema “visita domiciliar”, de início apresentou-se uma questão para estimular o debate: Como evitar a epidemia de dengue que está anunciada para o próximo verão? Assim, foi possível notar a percepção dos agentes de saúde e enfermeiras (os) com relação a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da dengue, do zika vírus e da chikungunya e o que deveria ser feito para impedir a epidemia.

Nas discussões, a maioria dos agentes de combate de endemias relataram dificuldades de acesso às residências como uma das causas da epidemia de dengue. Contaram que uma boa parte dos moradores não se disponibilizou em atendê-los, em sua maioria, por medo, pois não os conhecem, isso devido a rotatividade dos ACE na cidade, sempre mudando de área de trabalho, quase nunca voltando ao mesmo lugar. A maior parte dos agentes de saúde acreditavam que com a territorialização, o acesso às famílias seria facilitado, o que contribuirá para uma maior efetividade do seu trabalho nas residências.

Além disso, muitos disseram que a imagem do ACE tem se perpetuado como ‘catador de lixo’, o que era repudiado por eles. Relataram que alguns moradores esperam a visita deles para recolher os entulhos jogados no quintal. Também contaram que nas visitas encontram casas vazias, apartamentos fechados, terrenos baldios, que estão repletos de lixos jogados em sua

maioria pelos próprios moradores do bairro, o que dificulta o trabalho de prevenção e eliminação dos criadouros.

Em contrapartida, os agentes comunitários de saúde diziam que não encontravam dificuldade de acesso às residências, porque fazem parte da comunidade e estão lá desde a implantação da equipe de saúde da família, exercendo suas funções na área de abrangência da unidade, o que ajuda a criar confiança e vínculo, facilitando o contato direto com as famílias. No entanto, acreditavam que essa tarefa iria sobrecarregá-los, afirmando que esse trabalho era dos agentes de combate a endemias e não deles, o que gerou alguns conflitos no início do curso.

Sendo assim, fez-se necessário reforçar que a Política Nacional de Atenção Básica (2012), enfatiza que entre as várias funções do ACS está o combate à dengue na sua área de abrangência.

[...] Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco [...] (BRASIL, 2012, p. 49).

Já os agentes de saúde escolar relatavam que já fazem esse trabalho de orientação para o controle do *Aedes aegypti* nas escolas todos os anos, por meio de palestras, panfletos, entre outras, e não percebiam como poderiam contribuir neste trabalho integrado.

Nas discussões, percebeu-se certo descontentamento dos agentes comunitários de saúde com relação a carga horária de trabalho. Enquanto os ACE tem que cumprir uma carga horária de trabalho de seis horas por dia, os ACS têm que trabalhar oito

horas. Os agentes de combate a endemias também reclamavam da falta de um espaço fixo para descanso, utilização de banheiro, realização de lanches, dentre outros. Com a territorialização dos mesmos nas unidades de saúde, essas condições de trabalho poderiam ser resolvidas.

Para Chiaravalloti Neto (2007), a relação entre agentes de combate a endemias e agentes comunitários de saúde é permeada por conflitos que derivam da diferenciação de *status*. Os ACE se ressentem de melhores condições de trabalho, sempre tendo por parâmetro a condição dos agentes comunitários de saúde, sendo o conflito reiterado por estes. Mesmo assim, experiências relatadas pelos agentes comunitários de saúde quanto à forma de atuação poderiam servir de modelo para os agentes de combate a endemias.

A medida que o debate acontecia alguns conceitos foram sendo abordados e discutidos tais como: promoção da saúde, intersectorialidade e mobilização comunitária, sempre com o intuito de incitar a participação dos agentes e de instigá-los a refletir sobre as ações de promoção da saúde no território para o controle da dengue.

Uma premissa básica nos debates era que a vigilância para o controle da dengue não se faz sem a participação comunitária e a mobilização comunitária não nasce espontaneamente, é necessário que as pessoas se sintam pertencentes e se identifiquem com o que está sendo proposto (OLIVEIRA, 2012).

Logo após as discussões preliminares, a turma foi orientada a se dividir em grupos e se deslocar para as salas de aula. Cada sala teve a presença de um professor que orientava as atividades. Os participantes foram estimulados a discutir algumas questões apresentadas: Porque temos epidemias de dengue com óbitos

todos os anos? Como convencer a população a cuidar do seu domicílio e eliminar criadouros do mosquito? Como realizar visitas domiciliares mais eficazes para mobilizar as famílias? Os participantes debatiam as perguntas, enquanto um relator do grupo anotava os principais argumentos apresentados.

Com a orientação dos professores, os grupos foram estimulados a discutirem as questões colocadas, sempre apontando soluções. A intenção é que os participantes revissem o método utilizado por eles nas visitas domiciliares e buscassem melhorar a abordagem com as famílias para envolvê-la nesse processo. Como os ACS estão em contato diário com a população, estes conhecem melhor a realidade na qual estão inseridos, por isso podiam trazer contribuições significativas para o debate e para as ações que deveriam ser realizadas em conjunto para que alcançasse uma maior efetividade.

De acordo com Góis (2008), promover a participação e a mobilização requer posturas e métodos, demanda formas pedagógicas de agir, que tenham por base as ciências humanas e sociais. Um desses métodos é a pesquisa-ação-participante, um método político pedagógico que une a pesquisa com ação-participante, numa perspectiva de mudança individual e social, aprendizagem, convivência e construção conjunta do conhecimento.

Chiaravalloti Neto; Moraes e Fernandes (1998) faz uma crítica a tendência dos programas de controle da dengue de tentarem estabelecer um nível de conhecimento ideal sobre a doença, através do repasse de informações, supondo que isso gera mudanças. Estes não consideram os conhecimentos prévios dos cidadãos e a sua visão sobre o problema, e não incentivam a sua participação na discussão e proposição de ações educativas

na comunidade.

Essas discussões realizadas durante o curso de capacitação proporcionaram uma maior integração entre os agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias e agentes de saúde escolar e ainda, propiciou um melhor entendimento dos serviços executados pelos mesmos no território. A princípio percebeu-se que os ACS tinham uma visão distorcida do trabalho dos ACE, atribuindo a eles o papel de limpar os quintais dos moradores, mas aos poucos, essa ideia foi sendo desmitificada. Após as discussões os grupos retornaram para o anfiteatro e apresentaram a síntese do debate realizado em grupo.

Nas sínteses apresentadas pelos grupos foi possível perceber que os agentes de saúde acreditam que para evitar a dengue é necessária a eliminação dos criadouros do mosquito. No entanto, ressaltavam que é importante a conscientização da população. Alguns grupos relataram que para acabar com a dengue bastava *“a eliminação dos criadouros do mosquito (pneus, garrafas, vasilhas), porém deve-se ressaltar que essa questão envolve fatores múltiplos, dentre eles destaca-se uma maior conscientização da população e um maior preparo dos agentes no que se refere a transmitir as informações corretas, etc”*.

Em outro relato disseram que para se evitar a dengue, além da conscientização e preparo dos agentes é necessário envolver os alunos das escolas e melhorar a abordagem com as famílias nos domicílios. *“As crianças são essenciais nesse processo e o agente tem que ter bom senso no atendimento”*.

Uma sugestão de melhoria nas visitas domiciliares foi que as unidades deveriam ter *“um caderno de comunicação interna, em que o agente comunitário de saúde ao realizar visita domiciliar e evidenciar foco anotaria no caderno para que o agente de combate a*

endemias também pudesse realizar a visita no referido domicílio. E ainda, expor os dados epidemiológicos locais na sala de espera (nº de doentes com a dengue, focos, internações, óbitos)”.

Em outra síntese foi possível notar a preocupação do grupo com a falta de mais Unidades Básicas de saúde da família, ou falta de capacitação dos profissionais. *“A epidemia gera uma demanda excessiva as Unidades de saúde, sendo necessário fazer um planejamento para a execução de ações, para o combate do foco desta doença”.* Foi apontada como solução uma *“maior conscientização dos moradores por parte dos ACS, ACE e ASE, sendo necessário talvez punir com multas os moradores que não seguem as orientações ou beneficiar de alguma forma os residentes que atendem as orientações de prevenção”.* A medida que os resumos iam sendo apresentados, os professores realizavam as intervenções quando achavam conveniente.

A maioria dos participantes relatou que falta conscientização da comunidade com relação aos cuidados com a limpeza dos quintais e que para que isso acontecesse era necessário buscar alternativas de punição para os moradores. Além disso, acreditam que é importante um maior envolvimento das escolas nesse processo.

Como parte do curso foi apresentada uma atividade para dispersão no final de cada módulo. Assim, as discussões realizadas em sala foram colocadas em prática. No final do 1º módulo foi solicitado aos participantes que elaborassem um argumento de convencimento das famílias a assumir o seguinte compromisso: *“cada um cuidando da própria saúde, da saúde de sua família e do lugar onde vive”.* E ainda, que o argumento elaborado pela equipe de trabalho fosse aplicado nas visitas

domiciliares realizadas na suas áreas de abrangência durante as atividades práticas que deveriam ser realizadas na dispersão.

Para isso, os ACE, ACS, ASE e enfermeiras (os), foram orientados a realizar reuniões para elaborar as atividades. Dessa forma, além de pensarem em estratégias de mobilização das famílias, foi possível propiciar uma maior interação entre os agentes no seu ambiente de trabalho.

O 2º módulo iniciava-se com as discussões sobre as atividades realizadas durante a dispersão da aula anterior. Os grupos relataram como ocorreram as reuniões de planejamento, o processo de construção do argumento de convencimento das famílias e ainda, a percepção da equipe com relação ao resultado do trabalho nas visitas domiciliares.

No primeiro momento foram relatadas as dificuldades encontradas para a realização do trabalho. Seguiram-se os relatos de experiências positivas com a nova proposta de visita domiciliar. A maioria dos grupos disse que os argumentos elaborados para abordar as famílias sobre o controle do *Aedes aegypti* proporcionaram maior receptividade aos agentes de combate a endemias.

Um dos argumentos enfatiza a orientação dos moradores sobre necessidade dos residentes receberem bem o ACE e informavam que de agora em diante ele estaria fixo no território e que não necessitariam ficar receosos em abrir as residências para ele. Outro argumento era que para o efetivo controle do mosquito e a prevenção da doença fazia-se necessário a participação efetiva de cada morador na eliminação dos criadouros do mosquito.

Segundo Oliveira (2012) para que a mobilização aconteça e necessário sensibilizar e estimular sempre as pessoas, pois para

algumas, os interesses e as necessidades podem ser outros, por isso é importante ressignificar as suas identidades em relação as suas práticas e valores no grupo social.

O 2º módulo do curso de capacitação teve como tema “Mobilização comunitária para o controle da dengue”. Apresentou-se uma questão para aquecimento das discussões sobre a temática: Como as instituições sociais (ONGs, associações de moradores, igrejas, clubes e outros) podem ajudar na vigilância e controle da dengue? Os participantes foram estimulados a debater sobre o assunto, expondo suas opiniões, anseios e expectativas.

A participação comunitária é um dos elementos fundamentais na promoção da saúde. Os ACE, ACS, ASE, juntamente com a unidade de saúde podem contribuir para o envolvimento das instituições locais no combate ao mosquito *Aedes aegypti* e controle da dengue, assim como de outros problemas de saúde na área de atuação da equipe.

Em princípio, notou-se certa preocupação dos agentes de como realizar essa aproximação com as instituições e como estas poderiam contribuir. No entanto, a medida que o debate acontecia, ideias iam surgindo e possibilidades iam sendo levantadas. Normalmente, as pessoas acham que pouco podem fazer para ajudar no desenvolvimento da sua comunidade, cada uma cuida dos seus afazeres sem se preocupar com os problemas locais. Acreditam que isso é papel somente dos gestores públicos e de outras instituições, e não delas. É importante que as pessoas entendam os problemas e se motivem a participar na busca de soluções, reconhecendo que têm um papel relevante e responsabilidades para com a sua comunidade. Para que a mobilização comunitária seja realmente eficiente deve ser um

processo de fortalecimento da comunidade.

Após as discussões iniciais a turma foi orientada a dividir-se em grupos e se deslocaram para outras salas para dialogar sobre as seguintes questões: Quais instituições sociais há no território da UBSF? Como envolver essas instituições sociais em programas de mobilização das famílias para a vigilância e controle da dengue? Como elaborar um plano de trabalho com atividades permanentes para a vigilância e controle da dengue para essas instituições sociais até dezembro de 2015 (mobilização permanente x campanha)?

Neste módulo, o debate em grupo buscou explorar o entendimento dos agentes sobre a mobilização social e estimulá-los a pensar em estratégias de envolvimento das instituições na vigilância e controle da dengue no território.

No debate foi possível notar que a maioria dos agentes e enfermeiras ainda não compreendeu em essência os princípios da promoção da saúde, sendo pensadas práticas e ações de saúde de caráter preventivo e individual, fundamentadas em uma compreensão biologicista, não incorporando os determinantes sociais, econômicos, culturais, entre outros existentes.

Para Fracoli e Almeida (2011), as peculiaridades das ações de promoção da saúde executadas pelos ACS, no âmbito da ESF, demandam o redirecionamento da prática clínica. É necessário tirar o foco do modelo hospitalocêntrico e da alta especialização que marcam a conformação do sistema de saúde e a formação dos profissionais.

Com as questões debatidas, os participantes do curso retornavam para o anfiteatro a fim de compartilhar o relato das discussões. Nesse momento, os grupos faziam uma breve

exposição das ações pensadas para envolver as instituições locais no processo de mobilização contra dengue.

Na exposição das sínteses, cada grupo listou as instituições sociais existentes na área de abrangência de sua atuação. Os estabelecimentos mais citados pelos grupos foram: associações de moradores, igrejas, ONGs, Centro Espírita, Alcoólicos Anônimos, Centro Cultura, entre outros.

Para envolver as instituições sociais em programa de mobilização das famílias para vigilância e controle da dengue um grupo disse que é necessário *“orientar as pessoas responsáveis pelas instituições (padres, pastores, entre outros), chamando seus fiéis a gravidade da doença. Chamar atenção para o real problema, não como moeda de troca. A unidade de saúde deve realizar um plano emergencial para divulgar na comunidade”*.

Outros grupos relataram que para conseguir envolver as instituições é importante *“levar dados e informações, ressaltando a importância de uma ação em conjunto”*. E ainda, *“identificar os responsáveis das instituições e convidá-los para participar, enfatizando a importância da sua participação para o controle da dengue”*. *“Analisar em conjunto com os estabelecimentos as necessidades da região em que o mesmo responde”*. Também foi colocada a necessidade de *“mostrar de forma o mais consciente possível que a dengue não é de forma alguma um problema de responsabilidade somente da instituição de saúde, mas é um problema sério e que deve contar com o apoio de toda a comunidade”*.

Na questão referente a elaboração de plano de trabalho para as instituições alguns relataram a *“necessidade de realização do dia ‘D contra a Dengue’, de mutirões para recolhimento de recicláveis, palestras educativas, ação no bairro, roda de conversa”*. Também enfatizaram a necessidade de *“unir a equipe ACS, ACE, ASE,*

para elaborar uma proposta para cada tipo de instituição. Envolver toda a comunidade, jovens, crianças e idosos. Buscar informações para levar a comunidade sobre o que é a doença, conscientizar os líderes da comunidade sobre a importância de combater o mosquito”.

Segundo Negreiros et al. (2009) a efetividade das estratégias comunicacionais, que funcionam como um dos principais meios de influência dos comportamentos, é essencial para que os projetos de mobilização social tenham êxito.

Para finalizar as atividades do 2º módulo apresentaram-se as ações que deveriam ser realizadas no momento de dispersão antes do próximo encontro, de modo a colocar em prática as discussões feitas em sala de aula. Os ACS, ACE, ASE e enfermeiras (os) foram instruídos a se reunirem para escolher instituições sociais e elaborar propostas de plano de trabalho para envolvimento das mesmas com a vigilância e controle da dengue, lembrando o lema: “cada um cuidando de sua saúde, da saúde da sua família e do lugar onde vive. Só assim podemos controlar a dengue”. E ainda, procurar os dirigentes dos estabelecimentos escolhidos para apresentar o projeto, negociar as propostas (aceitando alterações que forem sugeridas) e contratualizar sua execução.

O desafio proposto era envolver a população na vigilância e controle do *aedes aegypti*, através da mobilização das instituições locais nesse processo.

No 3º e último módulo do curso de capacitação os participantes iniciavam com o relato das atividades de dispersão proposta no 2º encontro. Nesse momento foram compartilhados os trabalhos realizados, as dificuldades encontradas e ainda, houve troca de experiências e ideias.

Algumas unidades relataram dificuldades de acesso as

instituições e não conseguiram realizar a atividade de dispersão. Em contrapartida, outras equipes conseguiram entrar em contato com os estabelecimentos escolhidos e propuseram parceria com os mesmos para vigilância e controle da dengue no território, chegando a realizar a contratualização com as mesmas. Dentre elas, a igreja Assembleia de Deus e o Centro de Artes e Esportes Unificados.

Percebe-se que o envolvimento da enfermeira coordenadora das unidades de saúde foi essencial nesse processo. Até porque compete a ela a organização dos trabalhos na unidade e orientação das atividades dos agentes. Caso, a enfermeira (o) não estivesse motivada (o) ou interessada (o), os agentes de saúde teriam dificuldades para desenvolver esse trabalho.

Com a finalização dos relatos das atividades desenvolvidas, deu-se início as atividades do 3º módulo do curso de capacitação com o tema “Articulação intersetorial para a vigilância e controle da dengue”.

No primeiro momento fez-se uma introdução ao tema, abordando o conceito de intersetorialidade. Atualmente, percebe-se que as políticas públicas não estão sendo eficientes em atender as demandas das populações. Nesse sentido, a intersetorialidade passou a ser um dos requisitos para se alcançar a efetividade das ações, visando a articulação entre instituições governamentais e entre essa e a sociedade.

Após as explicações iniciais sobre o tema apresentou uma questão ao debate, para aquecimento da discussão: Como as instituições públicas da Educação, Desenvolvimento social, Meio ambiente e Segurança pública podem ajudar na vigilância e controle da dengue?

É importante que os profissionais das unidades de saúde (ACS, ACE, ASE e Enfermeiras) percebam que os problemas sociais, assim como as ações de controle da dengue no território exigem vários olhares e diferentes maneiras para atuar. E ainda, que a articulação de saberes e práticas proporciona o entendimento e a construção integrada de soluções que garantem à população uma melhor qualidade de vida.

De acordo com Fracolli e Almeida (2011) para que os projetos de promoção da Saúde obtenham êxito é necessário apostar em ações intersetoriais que envolvam não só os indivíduos, mas as famílias e a comunidade.

Logo após as discussões os participantes foram orientados a se deslocarem do anfiteatro para salas de aulas e se dividirem em grupos, sempre com a presença de um professor para coordenar as atividades. A turma escolhe um relator para anotar as principais ideias das discussões realizadas para posteriormente serem apresentadas para toda a turma do curso.

Foram apresentadas aos grupos três perguntas que nortearam as discussões: Quais instituições públicas há no território da UBSF? Como envolver essas instituições públicas em programas de mobilização das famílias para vigilância e controle da dengue? Como elaborar um plano de trabalho com atividades permanentes para vigilância e controle da dengue para essas instituições públicas até dezembro de 2015 (mobilização permanente x campanha)?

Nestas discussões foi possível perceber que já havia uma maior interação entre os agentes, que conseguiam discutir com mais tranquilidade, motivação e afinidade as questões colocadas. Para Ceretta (2012) é fundamental trabalhar motivação,

visando despertar emoções e reconhecimento do trabalho dos profissionais do grupo, das situações de insegurança e incerteza que envolvem seu trabalho, para o qual é necessário somar esforços e coordenar impaciências. Era necessário mostrar para os grupos, que é possível através da reflexão e do trabalho articulado, encontrar alternativas para o controle da dengue no território.

Encerrado o debate dos grupos nas salas, os participantes retornaram ao anfiteatro para apresentar a síntese das discussões realizadas. Nos relatos, foram citadas algumas instituições públicas localizadas nas áreas de abrangência das Unidades de saúde que poderiam ser parceiras na promoção da saúde e controle da dengue no território, tais como: Unidades de Atendimento Integrado, Centros de Referência de Assistência Social, Escolas de ensino fundamental e infantil, Corpo de bombeiros, Creches, Centros poliesportivos, Polícia militar, dentre outros.

Para envolver essas instituições os grupos enfatizaram a necessidade de *“reunir com as coordenações das instituições para avaliar a possibilidade de abertura com o tema da dengue”*. *“Propor atividades como: palestras, teatros, demonstração na prática”*. *“Ir de encontro com as instituições para se informar sobre as atividades que os estabelecimentos realizam e que podem ser aprimoradas”*. *“Articular um trabalho educativo com bombeiros para palestras nas escolas”*.

Também relataram que para envolver as instituições *“a informação e a comunicação são elementos primordiais para o sucesso do projeto”*. *“Formar equipes que fiquem responsáveis por mapear o seu o território”*. *Mudar o conceito de que a responsabilidade na prevenção da dengue, chikungunya e zica é só dos agentes de endemias e não somente do setor de saúde”*. *“Sensibilização e motivação das instituições”*. E ainda, enfatizaram a necessidade do *“envolvimento*

maior da escola, pois essa por ter um grande número de estudantes e um contato maior com as famílias pode ter uma contribuição significativa no combate à doença”.

Percebe-se na fala dos participantes que a falta de intersetorialidade foi mencionada, pois o combate à dengue não é responsabilidade só do setor da saúde, mas, também, de outros segmentos da governança (segurança pública, educação, etc.).

O desenvolvimento de ações de prevenção e controle da dengue, que é uma doença evitável, proporciona uma redução dos gastos com a saúde pública e possibilita um redirecionamento do investimento para outras doenças e agravos.

Para Taliberti e Zucch (2010), avaliar o custo e o impacto econômico da dengue no município significa conhecer não somente os custos dos vários componentes do programa municipal de controle da dengue, implica também refletir sobre os gastos relacionados ao tratamento da doença, desde o atendimento nas unidades básicas de saúde até o diagnóstico e a hospitalização dos casos mais severos, sobre os gastos que recaem sobre as famílias, incluindo-se os dias perdidos de trabalho dos doentes e dos cuidadores e, finalmente, sobre os prejuízos para a economia do país.

De acordo com o Ministério da Saúde o financiamento das ações de combate à dengue por meio do Piso Fixo de Vigilância em Saúde aumentou 31,89% nos últimos quatro anos, passando de R\$ 947,7 milhões, em 2012, para 1,25 bilhão, em 2015 (BRASIL, 2015).

Nesse sentido percebe-se a necessidade de ações contínuas, o que possibilita o fortalecimento das famílias e das instituições na mobilização contra a dengue e, conseqüente, uma diminuição dos custos com a doença.

Quanto a elaboração de um plano de trabalho com atividades permanentes para a vigilância e controle da dengue para as instituições locais, os grupos sugeriram *“uma maior interação entre os estudantes das universidades para auxiliar as unidades de saúde nesse projeto”*. *“Conhecer as instituições e os trabalhos desenvolvidos pelas mesmas”*. *“Apresentar uma proposta inicial para esses estabelecimentos”*. Também foram sugeridas *“coletas de recicláveis, gincanas nas escolas, teatros, realização de ações com as crianças, incentivando a limpeza dos quintais de suas casas”*.

No final da exposição das sínteses, foi levantada mais uma questão para o debate: Como coordenar a rede de parceiros de instituições sociais e públicas pactuadas para o controle da dengue?

Parrat-Dayan (2007) ressalta que as discussões são necessárias, pois é a partir do embate entre as coisas e entre os outros, que se produz uma troca de pontos de vistas. Sem a discussão, o espírito permaneceria num estado de conformismo. Ainda, segundo o autor, além da técnica da discussão, o pensar juntos passa a constituir um objetivo pedagógico.

Na finalização do 3º módulo do curso de capacitação foram apresentadas algumas atividades de dispersão para serem realizadas pelas equipes das unidades de saúde. Foi sugerido que os agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias e agentes de saúde escolar e enfermeiras realizassem reunião para escolher as instituições públicas e elaborar propostas de plano de trabalho para envolvimento destas com a vigilância e controle da dengue, lembrando o lema: *“cada um cuidando de sua saúde, da saúde da sua família e do lugar onde vive. Só assim podemos controlar a dengue”*. Depois, deveriam

procurar os dirigentes das instituições públicas para apresentar as propostas de plano de trabalho de vigilância e controle da dengue. Negociar a proposta (aceitando alterações que forem sugeridas) e contratualizar sua execução.

Na finalização do curso de capacitação foi realizado o seminário “Redes Territoriais Locais e Promoção da Saúde e Controle da Dengue”. Este foi o coroamento do curso de capacitação realizado para os agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias, agentes de saúde escolar e enfermeiras (os). O público-alvo do seminário foram os profissionais que participaram do curso, demais profissionais da saúde, estudantes universitários, dentre outros.

Na abertura do evento, foi realizada apresentação da peça de teatro “Xô Dengue”, que tem como integrantes os estudantes do Programa Mais Educação e do Observatório da Saúde da escola municipal prof. Eurico Silva.

No período da manhã, o seminário contou com presença da professora Márcia Faria Westphal da Faculdade de Saúde Pública da USP, que abordou o tema “Redes territoriais locais”. Após a intervenção da palestrante, foi realizado um debate no qual os participantes tiveram a oportunidade de discutir a temática.

No período da tarde, as equipes das unidades de saúde, apresentaram em formato pôster ou em exposição oral os trabalhos realizados no território. Esse momento foi importante para estimular ainda mais as atividades que estavam sendo desenvolvidas a partir das UBSF e UBS.

Acredita-se que os agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias e agentes de saúde escolar podem ser

articuladores do processo de mobilização das instituições sociais e públicas, por conhecerem sua área de atuação, terem facilidade de acesso aos domicílios, escolas, famílias e conseqüente terem um vínculo maior com a comunidade. Não há dúvidas de que a mobilização social por meio da construção de redes comunitárias e a articulação intersetorial são estratégias que podem tornar exitosas as ações de controle de endemias no Brasil, sobretudo para as doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*.

3.6 As redes comunitárias em ação

A partir deste curso de capacitação, as Unidades de Saúde e suas equipes, ou seja, enfermeiros (as), agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias e agentes de saúde escolar, na parte prática do curso, foram estimulados a constituírem redes comunitárias que tinham como objetivo combater a infestação do mosquito *Aedes aegypti* em seus territórios de abrangência. As redes aqui, tinham como foco a dengue, mas também poderiam ser utilizadas como política pública de prevenção de outras doenças.

Ainda, em novembro de 2015, antes da finalização do curso de capacitação, o processo de constituição das redes comunitárias já estava ganhando forças no território de abrangência das unidades. Era a parte prática do curso que estava sendo realizada.

Uma experiência marcante desse movimento ocorreu na escola municipal Prof. Eurico Silva, onde um projeto de controle do *Aedes aegypti* já estava em andamento. As UBSF São Jorge II e III e a escola realizaram uma grande mobilização nos bairros do setor sul da cidade, convocando as outras escolas, as igrejas, as

ONGs, as associações para formarem uma rede comunitária de saúde.

A ideia foi contar com a participação de cada uma das instituições da rede para difundir a importância do cidadão fazer a sua parte, cuidando do lugar onde vive, estuda ou trabalha. Em especial, cada instituição mobilizava os seus participantes.

O marco dessa mobilização foi a presença do prefeito Gilmar Machado, que na ocasião assinou um pacto de cooperação entre as secretarias municipais de Educação e de Saúde, para juntas desenvolverem um projeto de prevenção e controle da dengue, tomando a escola como espaço preferencial para ações intersetoriais, cujo objetivo era mobilizar os alunos e as famílias para eliminar os criadouros do mosquito em seus domicílios.

Outra experiência interessante foi desenvolvida na parceria entre as equipes de saúde e o Educandário Lar Espírita Maria Lobato de Freitas, instituição que atua na área da educação e de serviços sociais. O sentido era o mesmo da mobilização desenvolvida a partir da Escola Municipal Professor Eurico Silva, para que os alunos e suas famílias realizassem a eliminação dos focos do mosquito transmissor da dengue.

As atividades pactuadas com o Educandário foram planejadas pelos agentes comunitários de saúde, agentes de combate à endemias e agentes de saúde escolar com a direção e os professores da instituição. Foi realizada a formação de agentes mirins de combate à dengue, que assumiriam a responsabilidade da vistoria semanal do domicílio para a eliminação dos criadouros do mosquito. Além disso, foram realizadas atividades e oficinas que visavam a transformação de pneus e garrafas PET em suporte para o plantio de hortaliças e plantas decorativas.

Em um dia especial, foi realizada uma exposição de mostruário do mosquito *Aedes aegypti* e suas fases, e móveis representando as fases do mosquito em tamanho aumentado. Também, houve a participação dos alunos da Escola Municipal Prof. Eurico Silva que apresentaram a peça de teatro “Xô dengue” (Foto 1).

As UBSF Seringueiras I e II deram início a uma parceria com a “Associação Cultural Manos do Hip Hop”, uma associação que oferece atividades ligadas à cultura, em especial a dança, que se localiza nas imediações das referidas unidades de saúde. Em primeiro lugar, foi realizada reunião com a instituição com o objetivo de pactuar a parceria e discutir um plano de ação.

Foram propostas diversas atividades, dentre elas um concurso de cartazes e um concurso de paródias, que foram realizados com as crianças e adolescentes que frequentam a instituição, com a presença dos pais. Neste dia, as famílias se comprometeram a eliminar os criadouros do mosquito de seus do:

cip
re
age
en



ni-
em
de,
e a

Fonte: SANTOS. F. O. (2016).

Foi realizada uma feira de ciências em que se apresentou a exposição de larvas do mosquito, vistas à lupa microscópica, distribuição de panfletos com informações sobre a doença e como evitá-la e uma apresentação de teatro sobre a dengue.

No dia 10 de março de 2016, foi instituído o dia A contra o *Aedes aegypti*. Para este dia foram planejadas diversas atividades para mobilização dos alunos e suas famílias para a eliminação dos criadouros do mosquito. Neste dia, todas as escolas simultaneamente interromperam suas aulas, no segundo horário de cada período de aula (manha/tarde/noite) para realizarem as atividades, que tiveram a participação das equipes de saúde da família de todas as UBSF, dos agentes de combate às endemias e dos agentes de saúde escolar. Em cada escola, os estudantes levaram para casa um bilhete aos pais e/ou responsáveis alertando-os sobre a importância de cuidar da limpeza dos quintais para eliminação dos criadouros do mosquito.

Neste dia A contra o *Aedes aegypti*, na escola municipal Prof. Otávio Batista Coelho Filho foram realizadas em todas as salas, rodas de conversa com os estudantes sobre as formas de eliminar os focos do mosquito *Aedes aegypti*, com a presença de uma

professora e um agente de saúde. Neste dia, também foi iniciada a formação de um comitê de mobilização contra a dengue. Foi solicitado aos estudantes interessados em participar do referido comitê que preenchessem um formulário e o entregassem para a professora para oficializar sua adesão. O comitê foi criado com a participação de estudantes, pais e professores.

Já na escola municipal Guarda Antônio Rodrigues do Nascimento, as atividades sobre a dengue e outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* já estavam sendo realizadas desde o início do ano. O tema havia sido inserido para debate em todas as disciplinas. Segundo a diretora da escola, o “Dia A contra a Dengue” foi proveitoso porque possibilitou maior integração dos alunos e professores na campanha contra o mosquito. Ressaltou ainda, que as atividades foram coordenadas pelas professoras de literatura, linguagem, educação física e artes.

Em cada sala foram apresentados os trabalhos que haviam sido realizados pelos alunos, anteriormente. Em algumas salas foram lidos e debatidos textos escritos pelos alunos. Em outras, apresentaram-se jograis (declamação de poemas ou canções por um coro, alternando entre o canto e a fala) elaborado pelos próprios estudantes, que enfatizavam a importância da participação de todos no combate ao mosquito *Aedes aegypti*. Também, em outras salas foram apresentadas paródias de rap sobre a temática. Em todas as apresentações foi abordada a necessidade de que cada um assuma sua responsabilidade na eliminação dos focos do mosquito e conseqüentemente a diminuição dos casos da doença.

Na Escola Municipal Professor Milton Magalhães Porto, a mobilização do “Dia A contra o *Aedes aegypti*” aconteceu com a apresentação de uma peça de teatro. Um grupo de cinco

alunos entrou em todas as salas de aulas, acompanhados de uma professora, encenando a história da baratinha que recebia a visita de um “amigo ilustre”, o mosquito *Aedes Aegypti*.

A cena, que foi bastante informativa, contou sobre quão ansiosa estava a baratinha para receber seu amigo e o quanto desesperada ficou ao descobrir como ele era nocivo à saúde; confirmado pela história de uma outra personagem que havia recebido a visita do mosquito e ficou um tempo adoentada. Em todas as salas, a cena foi bem recebida pelas crianças e também pelas professoras, que observavam atentas. Ao final da apresentação foi realizada a orientação para que cada aluno, ao chegar em casa, realizasse uma vistoria no quintal para eliminar os criadouros do mosquito e para evitar a dengue. As respostas das crianças foram unânimes, todos levantaram o braço dizendo que o faria o que havia sido sugerido.

Além da encenação nas salas de aula, foram realizadas apresentações para todos os servidores, fazendo uma exposição do projeto, convocando-os a participar da mobilização da escola contra o mosquito.

O Governo Federal, por meio de uma ação articulada entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação que estimulasse o fortalecimento da integração entre os setores da Saúde e da Educação no nível local convocou as escolas de ensino fundamental a enviarem relatos de experiências exitosas sobre ações de combate ao *Aedes aegypti*, que foram publicadas no Guia de Relato de Experiências (BRASIL, 2016).

A Escola Municipal Prof. Eurico Silva, em Uberlândia, apresentou o relato da experiência dos alunos que, sob a coordenação da professora Flávia Queirós e do acadêmico

do curso de Artes Plástica da UFU Waquila Correia da Silva, escreveram o texto, criaram o figurino e a maquiagem e a encenaram a peça Xô Dengue em muitas escolas, em diversos espaços culturais da cidade, abrindo eventos científicos na Universidade, inclusive no Instituto de Artes Plásticas.

Dentre os mais de mil relatos recebidos de todo o Brasil, a experiência da Escola Municipal Prof. Eurico Silva², foi selecionada pelo Ministério da Educação. O reconhecimento veio com a visita de um representante do Ministério, para ver de

2 <http://uiipi.com.br/destaques/destaque-2/2016/04/08/escola-professor-eurico-silva-recebe-premiacao-nacional/>

perto a iniciativa da escola no combate ao mosquito *Aedes aegypti* e entregar o prêmio. Neste dia, com a presença da secretária de educação, profa. Gercina Novais, os alunos realizaram mais uma vez a apresentação da peça de teatro Xô Dengue.

4

AINDA HÁ MUITO QUE FALAR E OUVIR

É verdade que não é possível dizer tudo sobre alguma coisa, primeiramente porque não se sabe tudo. Em pouco tempo vamos descobrir que o que hoje sabemos é apenas parte. Portanto, é necessário ter a humildade para ouvir, antes de falar. As citações apresentadas neste livro são as vozes que temos ouvido. Ainda há outras, que por limitação destas páginas não estão aqui. Também, temos ouvido nossos professores e nossos alunos e com eles aprendemos todos os dias. Com isso descobrimos que o que hoje sabemos não é absoluto. Deste modo, não devemos ignorar aquilo que nos contradiz, porque pode ser que não estejamos certos absolutamente. Portanto, devemos seguir aprendendo sempre.

Nas últimas páginas deste livro, vamos sintetizar os

principais pontos sobre promoção da saúde, redes comunitárias e territórios saudáveis, a começar pela ideia de que a saúde não depende exclusivamente de processos biológicos que têm sede no corpo biológico.

Promoção da saúde não é o mesmo que prevenção das doenças, mas primeiro vamos voltar à prevenção. Temos certeza de que a doença tem precedência sobre a saúde, pela emergência que se estabelece quando o doente não é cuidado imediatamente. A doença se agrava e seguindo esta história, se a doença continuar sem tratamento o doente morre. Mas, para aqueles que não estão doentes, frequentemente se diz: *fiquem em casa, não venham a unidade de saúde, porque já estamos assoberbados com “tantos pacientes”*.

É exatamente por isso que os doentes são muitos, porque nos assoberbamos com eles, não tendo tempo e nem dedicando mais recursos financeiros para evitar a doença. Mas, os programas de saúde da atenção básica que estabelecem assistência aos doentes também faz prevenção, por exemplo, a prevenção das doenças crônicas. Esta prevenção, baseada na história natural da doença, se ocupa para que o diabético e o hipertenso não se instabilizem. Mas, e aqueles que ainda não são diabéticos, nem hipertensos, mas brevemente vão manifestar esses sintomas? Nada se faz, ou melhor, aquilo que é dito para os doentes também é dito aos demais, é preciso mudar o estilo de vida. A prevenção prescritiva é pouco efetiva porque o indivíduo não é capaz de atendê-la, não porque falte força de vontade, porque falte conscientização, mas porque há contextos de vida que o impede.

Então precisamos falar de Determinação Social da Saúde. Não somente que a causação das doenças geralmente está fora

do corpo, no lugar onde se vive, determinada pelas condições sociais, econômicas, psicológicas e culturais, mas também que o indivíduo está envolvido por estas condições que estabelecem um contexto de vida, do qual ele não consegue escapar. Ainda que se conheça alguma pessoa que atendeu a prescrição, a maioria das pessoas não consegue. Então, temos que concordar que a exceção não anula a regra.

Os profissionais de saúde insistem em prescrever ao indivíduo, mesmo sabendo que a maioria deles não consegue aderir a prescrição, porque não conseguem perceber outra forma de prevenção. Se o indivíduo está impedido de fazer aquilo que a prescrição determina por um contexto de vida, quem sabe a solução não está em mudar o contexto. Mudar o contexto que facilita a prevenção é promoção da saúde.

Mas, esse aparente antagonismo, que poderia nos colocar diante da escolha entre essa ou aquela estratégia, em verdade podem ser estratégias complementares: prevenção da doença e promoção da saúde.

A ideia de promoção da saúde vem desde o século XVIII, quando a degradação ambiental e as péssimas condições sociais das populações pobres nas cidades industriais da Europa eram, reconhecidamente, a causa para a baixa qualidade de vida e as epidemias recorrentes. Mais recentemente, a partir de Lalonde em 1974, iniciou-se no Canadá um novo movimento de promoção da saúde, que inspirou Alma-Ata. Não é sem razão que a primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada no Canadá, em Ottawa, em 1986.

A Carta de Ottawa sintetizava promoção da saúde em cinco estratégias: a) construir políticas públicas saudáveis, b) construir

ambientes saudáveis, c) reforçar a participação comunitária, d) desenvolver habilidades pessoais, e) reorientar os serviços de saúde.

Lembram-se do castigo de Sísifo, de rolar uma pedra montanha a cima. Quando a pedra estava quase lá, ela rolava para baixo. O contexto era adverso, por isso ele era incapaz de cumprir a tarefa. Como tinha que repetir essa tarefa todos os dias da eternidade, só há duas soluções possíveis. Fortalecer Sísifo ou reduzir o tamanho e a inclinação da montanha. Promoção da saúde permite elevar o nível de saúde das pessoas porque pode utilizar dessas duas estratégias: fortalecer o indivíduo e construir territórios saudáveis, nos quais a montanha não seja tão alta e sua inclinação não seja tão íngreme, ou seja, construir territórios saudáveis é construir contextos favoráveis à saúde no lugar onde se vive.

De lá para cá, o Canadá seguiu com uma promoção da saúde baseadas no empoderamento dos indivíduos para o estabelecimento de estilos de vida saudáveis, baseando-se claramente em duas estratégias da Carta de Ottawa: reforçar a participação comunitária e desenvolver habilidades pessoais, com maior ênfase para o autocuidado e a responsabilização individual, o que estaria ideologicamente mais próximo à onda neoliberal que varreu o mundo a partir dos anos de 1990.

Na Europa, ao contrário, deu-se mais atenção a estratégia de construir ambientes saudáveis. Mesmo que o Movimento Cidades Saudáveis tenha surgido no Canadá, antes de Ottawa, essa experiência foi reconhecida pela OMS, que a apresentou à Europa, em uma Conferência Internacional de Saúde, em Lisboa, em 1986, quando foi proposta a criação da Rede Europeia de

Cidades Saudáveis. Após isso foram criadas redes nacionais de cidades saudáveis nos países da Europa e em outros continentes, com o objetivo de apoiar as iniciativas, trocar experiências e firmar o compromisso de solidariedade no cumprimento das diretrizes fundamentais da criação de territórios saudáveis, principalmente na instituição de políticas públicas saudáveis, gestão intersetorial e mobilização social. Em Janeiro de 2018 foi criada a Rede Rides de Cidades Saudáveis, que integra 12 municípios do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, que devem elaborar um projeto de cidade saudável, a partir da ideia de promoção da saúde, com intersetorialidade e mobilização social. Mas, essa é uma experiência que está apenas começando e deverá ser relatada em breve.

Promoção da saúde se faz, primeiramente, com uma ação de governo coordenada e intersetorial. O que acontece é que, em geral, a governança está organizada em setores distintos, cada qual com seu plano, visando objetivos específicos, a saúde, a educação, o desenvolvimento econômico, o desenvolvimento social, a infraestrutura. Não há uma visão de conjunto e as respostas aos problemas são sempre em fragmentos.

Para começar a construir uma governança intersetorial, dever-se-ia estabelecer saúde em todas as políticas, ou seja, em cada plano setorial deveria se pensar em que essas ações podem afetar positiva ou negativamente a saúde. A partir de então, buscar-se-ia o setor saúde para discutir essas ações. Por outro lado, nos planos setoriais do setor saúde, quando se identificassem problemas e necessidades de saúde da população que demandassem uma ação coordenada com outro setor, a iniciativa da aproximação intersetorial seria da saúde. Mas, tudo

isso é utopia.

Também, não se faz promoção da saúde e construção de ambientes saudáveis sem a participação dos sujeitos do território. Mas, há uma corrente muito forte contra isso, desde o fim do século XX.

Temos a certeza de que promoção da saúde é uma utopia neste mundo dominado por políticas neoliberais e que as cartas de Alma Ata e Ottawa se tornaram extemporâneas. Mas, vale a pena lutar contra a corrente. Talvez, a revolução deva começar pelos pequenos territórios, na vizinhança, nas unidades de saúde da atenção básica dos bairros.

Ainda há muito que falar e ouvir, mas aqui devemos finalizar o livro, não porque o assunto tenha se esgotado, mas porque se esgotou o espaço estabelecido para estas páginas.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA IBGE. **Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas.** 29/04/2011. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/14007-asi-primeiros-resultados-definitivos-do-censo-2010-populacao-do-brasil-e-de-190755799-pessoas.html>>.

ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M.L.; VERAS, R.P.; BARATA, R.B. **Teoria epidemiológica hoje fundamentos, interfaces, tendências.** Epidemiológica series, n^o2. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. 256 p.

ALVARENGA, P.P.; PEREIRA, D.S.; ANJOS, D.M.C. Mobilidade funcional e função executiva em idosos diabéticos e não diabéticos. **Rev. bras. fisioter.** [online], 14(6): 491-496, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n6/a07v14n6.pdf>>.

ALVES, D.S.B.; BARBOSA, M.T.S.; CAFFARENA, E.R.; SILVA, A.S. Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis. **Caderno de Saúde Coletiva**, 24 (1): 63-69, 2016.

ANDRADE, G.R.B. de; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14615.pdf>>.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO, M.C.S.; MIRANDA, A.C. (Orgs). **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós.** Rio de Janeiro:

Editora FIOCRUZ, 2002, p. 150-171. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/xkvy4/pdf/minayo-9788575413661.pdf>>

ASSIS, Mônica de. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista APS**, 8(1):15-24, 2005. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>>.

AYRES, J.R.C.M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 5 (1):28-42, 2002.

AYRES, J.R.C.M. Prevenção de Agravos, Promoção da Saúde e Redução da Vulnerabilidade. In: MARTINS, M.A.; CARRILHO, F.J.; ALVES, V.A.; CASTILHO, C.G.; WEN, C.L. (Orgs). **Clínica Médica**. 1ª ed. Barueri: Manole: 2009. Vol. 1. p. 437-455.

AZEVEDO, André Nunes de. A reforma pereira passos: uma tentativa de integração conservadora. **Tempos Históricos**, 19 (151-183), 2015. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/tempohistoricos/article/view/12480/9400>>.

BARATA, R.B. Epidemiologia social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 8(1): 7-17, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n1/02.pdf>>.

BARCELLOS, C.C.; SABROZA, P.C.; PEITER, P.; ROJAS, L.I. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **IESUS** [online], 11(3): 129-138, 2002. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v11n3/v11n3a03.pdf>>.

BARRETO, Maria Amália Pereira. Algumas reflexões sobre estilo de vida urbano. **Perspectivas**, São Paulo, 9/10:169-178, 1987/87. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/perspectivas/article/download/1869/1536>>.

BERGER, P.L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: Tratado de sociologia do conhecimento**. 6ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1985.

BERNSTEIN, P.L. **Desafio aos deuses: a fascinante história do risco**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997.

BIRMAN, Patrícia. "Favela é comunidade?" In: Machado da Silva, Luís Antônio (org.) **Vida sob cerco: violência e rotina nas favelas do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: FAPERJ/Nova Fronteira, 2008.

BOUDIN, J.C.M. **Essai de Géographie Medicale**. Germer - Baillièrre. Paris: 1843, 103p. Disponível em: <<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k107731p>>.

BRASIL. **Parâmetros Curriculares Nacionais: meio ambiente: Ensino de primeira à quarta série**. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. Brasília: 1997. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro091.pdf>>.

_____. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Ministério da Saúde. Brasília: 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>

_____. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>.

_____. **Estatuto da Cidade**. 3ª ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008. 102 p. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70317/000070317.pdf?sequence=6>>.

_____. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Ministério da

Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Série I: História da Saúde no Brasil. Brasília-DF: 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf>.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª edição. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Série B: Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde, v. 7. Brasília-DF: 2010. <Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>.

_____. **Política Nacional do Idoso**. Brasília. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Reimpressão, 2010. 100p.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília - DF: 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde, Volume 4. Brasília-DF: 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série E: Legislação em Saúde. Brasília-DF: 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>.

_____. **Portaria nº 1.813, de 11 de novembro de 2015**. Ministério

da Saúde.

Gabinete do Ministro. Brasília: 2015a. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/dengue/novos_atos_normativos_e_instumentos/Portaria_1813_2015_Emerg_saude_Publica.doc>.

_____. **Ofício Circular nº 01/2016-GAB/SVS/MS**, de 05 de janeiro de 2016. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: 2016a. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/dengue/novos_atos_normativos_e_instumentos/5_Oficio_circ01_2016_VISA.PDF>.

_____. **Medida Provisória nº 712**, de 29 de janeiro de 2016. Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do Vírus da Dengue, do Vírus Chikungunya e do Zika Vírus. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília: 2016b. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/dengue/novos_atos_normativos_e_instumentos/7_MPV712_2016.pdf>.

_____. **Papel das Forças Armadas no combate ao Aedes aegypti é destacado por Dilma**. Portal Brasil. Publicado em 29/01/2016, 2016c. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2016/01/dilma-considera-forcas-armadas-essenciais-no-combate-ao-aedes-aegypti>>.

_____. **Lei Nº 13.301, de 27 de junho de 2016**. Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília - DF: 2016. Disponível em: <<http://>>

www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2016/lei-13301-27-junho-2016-783279-publicacaooriginal-150644-pl.html>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de anotações - relatos de experiências da semana saúde na escola** – Contribuições de troca de experiências de ações de identificação e eliminação dos focos do mosquito *Aedes aegypti*, associadas a atividades de educação em saúde ambiental para a promoção de ambientes saudáveis, que estão sendo desenvolvidas pelo Brasil afora. 34 p. 2016.

_____. **Boletim Epidemiológico**. Volume 48, Nº 3/2017. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS. Brasília: 2017. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/images/boletins-epidemiologicos/2016-Dengue_Zika_Chikungunya-SE52.pdf>.

BUSS, P.M.; FERREIRA, J.R.. O que o Desenvolvimento Local tem a ver com a Promoção da Saúde? In: ZANCAN, L. R; BODSTEIN, R.; MARCONDES, W.B. (orgs.). **Promoção da Saúde como caminho para o Desenvolvimento Local**. ABRASCO, Rio de Janeiro: 2002, p. 15-37.

BROWNSON, R. C. et al. Measuring the Built Environment for Physical Activity. State of the Science. **American Journal of Preventive Medicine**, 36, (4 SUPPL): S99-S123.e12, 2009.

CAMPOS, C.M.S.; MISHIMA, S.M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cad. Saúde Pública**, 21 (4): 1260-1268, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/29.pdf>>.

CAPEWELL, S.; GRAHAM, H. Win cardiovascular disease prevention widen health inequalities? **PLoS Medicine**, 7(8):

e1000320. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2927551/pdf/pmed.1000320.pdf>>

CARNEIRO, T.S.; VASCONCELOS, K.E.L.; SILVEIRA, S.A.S. Família e políticas sociais: o Saúde da Família posto em questão. III Jornada Internacional de Políticas Públicas. **ANAIS**. São Luís - MA, 28 a 30 de agosto, 2007.

CASTIEL, L.D. **O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano**. Campinas: Papirus, 1994.

CASTIEL, L.D. **A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Editora Fiocruz, 1999. 204 p.

CASTIEL, L.D. Utopia/atopia - Alma Ata, saúde pública e o "Cazaquistão". **R. Inter. Interdisc. INTERthesis**, Florianópolis, 9(2): 62-83, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/download/1807-1384.2012v9n2p62/23515>>.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (4): 1088-1095, 2004. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Os_multiplos_sentidos_da_categoria_empowerment_no_projeto_da_promocao_da_saude.pdf>.

CEBALLOS, A.G.C. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde**. UNASUS/UFPE. Recife: 2015. 20p. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/3332/2mod_conc_saude_2016.pdf?sequence=1>.

CERETTA, D. R. et al. **Grupo de educação em saúde como**

ferramenta de trabalho com agentes comunitários de saúde: prevenção da hanseníase. Revista de Enfermagem, v.8, n. 8, p. 208-217, 2012. Disponível em: < <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/viewFile/487/888>>.

CHAINÇA, E. O conceito de conscientização nos parâmetros curriculares nacionais. **Dissertação** (mestrado). UNESP Araraquara. Programa de Pós-graduação em Educação Escolar. Araraquara: 2013. 66p. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/90256/chainca_e_me_arafcl.pdf?sequence=1>.

CHALHOUB, S. **Cidade febril - Cortiços e epidemias na Corte Imperial.** São Paulo, Companhia das Letras, 1996.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia.** 12º ed, São Paulo: Ática, 2001.

CHIARAVALLOTI NETO, F.; BAGLINI, V.; CESARINO, M.B. O Programa de Controle do Dengue em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil: dificuldades para a atuação dos agentes e adesão da população. **Cad. Saúde Pública**, 23(7): 1656-1664, 2007. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/17.pdf>>.

CHOR, D. et al. **Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4):887-896, jul-ago, 2001. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400022>. Acesso em: 12 de maio de 2016.

CHRISTAKIS, N. A. O poder das conexões: a importância do networking e como ele molda nossas vidas. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

COSTA, M.C.L. O discurso higienista definindo a cidade. **Mercator**, 12 (29): 51-67, 2013. Disponível em: <<http://www.mercator.ufc.br/>>

index.php/mercator/article/viewFile/1226/522>.

COSTA NETO, M.M. Enfoque familiar na formação do profissional de saúde. **Olho Mágico** 6 (22): 5-9, 2000. Disponível em: <<http://www.uel.br/ccs/olhomagico/N22/enfoque.htm>>.

CUTTER, Susan L. The Vulnerability of Science and the Science of Vulnerability. **Annals of the Association of American Geographers**, 93 (1): 1-12, 2003.

CZERESNIA, D. Constituição epidêmica: velho e novo nas teorias e práticas da epidemiologia. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, 8(2): 341-56, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v8n2/a03v08n2.pdf>>.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2**. World Health Organization Regional Office for Europe/WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health University of Liverpool. Studies on social and economic determinants of population health, N° 3. Copenhagen, Denmark: 2006. 137p. Disponível em <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/08/European-strategies-for-tackling-social-inequities.pdf>>.

DIEZ-ROUX, A.V. Multilevel analysis in public health research. **Annu. Rev. Public Health**. 2000. 21:171-92, 2000. Disponível em: <<http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.publhealth.21.1.171>>.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. Tradução de Schumann, B.A. Boitempo. São Paulo: 2008. 388p. Disponível em <<http://www.cpihts.com/PDF09/Classe%20Trabalhadora.pdf>>.

ENNE, A. L. S. Conceito de rede e as sociedades contemporâneas. **Comunicação e Informação**, 7: (264 - 273), 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v30n1/a09v30n1.pdf>>.

ESPÓSITO, M.E.B. **Capitalismo e urbanização**. Coleção Repensando a Geografia. Editora Contexto. São Paulo: 2000, 80p.

ESTADÃO. **Com crise, lentidão do trânsito em São Paulo tem maior queda em 6 anos**. 10 Agosto 2017. Disponível em: <<http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,com-crise-lentidao-do-transito-em-sao-paulo-tem-maior-queda-em-6-anos,70001930710>>.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 8ª Ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FERNANDES, W.R.; SIQUEIRA, V.H.F. Educação em saúde da pessoa idosa em discursos e práticas: atividade física como sinônimo de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 14(33): 371-85, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a11v14n33.pdf>>.

FONSECA, A. **Grupo, fugacidade, ritmo e forma: processo de grupo e facilitação na psicologia humanista**. Ágora. São Paulo: 1988.

FINGUERUT, Silvia; FERNANDES, Janaina de Mendonça. Planejando as cidades no século XXI. **Cadernos FGV**, 10 (24): 46-61, 2015.

FLEURI, S. Espaço, território e cidadania: a cidade dos cidadãos. Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Coimbra, 16-18 de Setembro de 2004. **ANAIS**. Fundação para Ciência e Tecnologia - FCT. Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Portugal, 2004. Disponível em: <<http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/ACFD527.pdf>>.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/jm5wd/pdf/fleury-9788575412428-03.pdf>>.

FOLLY, J.F.A. A mobilidade pensada sob a ótica dos transportes individuais não motorizados. In: I Congresso Internacional Espaços Públicos. ANAIS. Porto Alegre: Núcleo de Estudos da Cidade. Faculdade de Arquitetura e Urbanismos. PUCRS, 2015, p. 1-10.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 1ª ed. Trad. de Roberto Machado. Forense-Universitária. Rio de Janeiro: 1977.

FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**. 12ª ed. Rio de Janeiro. Graal: 1998.

FRACOLLI, L. A.; ALMEIDA, E. Z. de. Teoria e prática da promoção da saúde: as concepções dos agentes comunitários de saúde. O Mundo da Saúde, São Paulo: 35(2):137-144, 2011. Disponível em: < http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/84/137-144.pdf>.

FREIRE, P. Conscientização e alfabetização uma nova visão do processo. **Revista de Cultura da Universidade do Recife**, 4:5-24, 1963. Disponível em: <http://forumeja.org.br/df/sites/forumeja.org.br/df/files/est.univ_.pdf>.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17ª Edição (23ª reimpressão). Editora Paz e Terra. Rio de Janeiro: 1987.

FREIRE, P. **Conscientização: Teoria e Prática da Libertação** - Uma Introdução ao Pensamento de Paulo Freire. 3ª Ed. São Paulo: Editora Moraes, 1980.

FUGIMOTO, G; SARMENTO, L. F. Redes comunitárias: parcerias para formação de capital social. Boletim Interfaces da Psicologia da UFRuralRJ - 1º Seminário - Ano 2007. Disponível em: < Boletim Interfaces da Psicologia da UFRuralRJ - 1º Seminário - Ano 2007>.

GADOTTI, M (Org.). **Alfabetizar e conscientizar**: Paulo Freire, 50 anos de Angicos. 1ª ed. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2014.

GEHL, J. **Cidades para pessoas**. São Paulo: Perspectiva, 2013.

GIBBON, E. **Declínio e queda do Império Romano**. Trad. José Paulo Paes. São Paulo: Companhia de Bolso, 2005.

GOES, M.C.R. A construção de conhecimentos: examinando o papel do outro nos processos de significação. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, 3(2): 23-29, 1995. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v3n2/v3n2a04.pdf>>.

GÓIS, C.W.L. **Psicologia comunitária - atividade e consciência**. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005.

GÓIS, C. W. L. **Saúde comunitária: pensar e fazer**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

GÓIS JUNIOR, E.; LOVISOLO, H.R. Descontinuidades e continuidades do movimento higienista no Brasil do século XX. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 41-54, 2003. Disponível em: <<http://www.oldarchive.rbceonline.org.br/index.php/RBCE/article/download/172/181>>.

GONDIM, G.M.M. Do Conceito de Risco ao da Precaução: entre determinismos e incertezas. In: FONSECA, A.F.; CORBO, A.M.D. (Org.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro:

EPSJV/Fiocruz, 2007. P. 87-120. Disponível em: <http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/documentos/territorio_e_o_processo_livro_1.pdf>.

GORDIS, L. **Epidemiology**. 5ª Ed. Elsevier/Saunders. Philadelphia: 2013.p. 416.

HANCOCK, Trevor; DUHL, Leonard J. **Promoting health in the urban context**. Copenhagen: FADL Publishers (WHO Healthy Cities Papers, N°. 1). Copenhagen: 1986. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/101650/E87743.pdf>.

HENRIQUE, W. **A natureza na cidade**. Salvador. UFBA.2009, p. 186. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/3dz/pdf/henrique-9788523209117-08.pdf>>.

HERITAGE, Z.; DOORIS, M. Community participation and empowerment in Healthy Cities. **Health Promotion International**, Vol. 24 (suppl 1): i45-i55, 2009.

HOWARD, E. **Cidades-jardins de amanhã**. São Paulo: Hucitec, 1996.

INOUYE, K.; BARHAM, E. J.; PEDRAZZANI, E.S.; PAVARINI, S.C. L. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade Social. **Psicol. Reflex. Crit.** [online], 23(3) 582-592, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v23n3/19.pdf>>.

KAZTMAN, R. Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social. **5º Taller regional. La medición de la pobreza: métodos y aplicaciones**. México, DF: Cepal. p. 275-301, 2000. Disponível em: <<http://www.eclac.cl/deypte/mecovi/docs/TALLER5/24.pdf>>.

KICKBUSCH, L. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: **Promoción de la salud: una antología**. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 1996. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3318/Promocion%20de%20la%20salud%20una%20antologia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

KNEIB, Erika Cristine. Mobilidade urbana e qualidade de vida: do panorama geral ao caso de Goiânia. **Revista UFG** 13(12): 71-72, 2012.

LABONTE, R. Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad. In: OPS. **Promoción de la salud: una antología**. Organización Panamericana de la Salud/ Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud - OMS. Publicación Científica No. 557, 1996, p. 153-165.

LACOSTE, Y. **A Geografia - isso serve, em primeiro lugar, para fazer a guerra**. (tradução de Maria Cecília França). Editora Papirus, 1988.

LALONDE, M. **A new perspective on health of Canadians**. Ottawa information. Ottawa: Canadian Department of National Health and Welfare; 1974.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. McGraw-Hill, São Paulo: 1976.

LEITE, C. Inteligência territorial: cidades inteligentes com urbanidade. **Cadernos FGV**, 10 (24): 72-89, 2015.

LIMA, S C. A geografia da promoção da saúde a partir de contextos territoriais. In: III Congreso Internacional de Geografía de la Salud, 2011, Toluca - México. **LIVRO**. Toluca, México: Editora da UAEM - Universidad Autónoma del Estado de México, 2011. v. 1. p. 1-15.

LIMA, S.C. Promoção da saúde a partir de contextos territoriais. In: REMOALDO, P. C.; NOGUEIRA, H. (Org.) **Desigualdades socioterritoriais e comportamentos em saúde**. Edições Colibri, Lisboa. p. 31-46, 2013.

LIMA, S.C. **Território e promoção da Saúde**. Paco Editorial. Jundiaí: 2016, 186p.

LOPES, F.N.; LANA, F.C.F. Participação popular no controle da hanseníase: um desafio para o serviço de saúde. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 23(2): 235-40, 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13113/12796>>.

MACIAZEKI-GOMES, R.C.; SOUZA, C.D.; BAGGIO, L.; WACHS, F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(5):1637-1646, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1637.pdf>>.

MADUREIRA, M.A. O indivíduo e a sociabilidade. **Verinotio - Revista On-line de Educação e Ciências Humanas**, 2, Ano I, 1-18, 2005.

MARANDOLA Jr., E.; HOGAN, D.J. Vulnerabilidade do lugar vs. Vulnerabilidade sociodemográfica: implicações metodológicas de uma velha questão. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, 26(2): 161-181 2009.

MARTELETO R. M. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. *Ci. Inf.* v. 30, n. 1, p.71-81, 2001.

MARTINE, George. Situação da População Mundial 2007: Desencadeando o Potencial do Crescimento Urbano. Nova Iorque.

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas, 1997. Disponível em <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2007.pdf>>.

MARTINS, A.L.M.; PIMENTEL, R.L.F. Em busca das origens da economia conservadora: Thomas Malthus, Nassau Senior e as poor laws de 1834. XIX Encontro Nacional de Economia Política, 03 a 06 de junho de 2014. **ANAIS**. Florianópolis: 2014. Disponível em: <<http://www.sep.org.br/downloads/ar/5895e3ab8e6c367233319cff>>.

MERRIMAN, J. **A comuna de Paris 1871: origens e massacre**. Tradução de Bruno Casotti. Ed. Anfiteatro. 2015, 400p. Disponível em: <<http://asfiles.com/42o>>.

MICHELOTTO, L. D. G. Expansão urbana e sustentabilidade: análise do setor leste de Uberlândia, MG. 2014. 164f. **Dissertação** (Mestrado em Geografia), Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2014.

MINAS GERAIS. **Boletim epidemiológico de monitoramento dos casos de Zika, Chikungunya e Dengue**. Secretaria de Estado da Saúde (SES-MG). Belo Horizonte: 2017. <http://www.saude.mg.gov.br/images/icones/Boletim_Aedes_03-07-2017_IMPrensa.pdf>.

MOYSÉS, S.T. Promoção da Saúde no Cenário Nacional e Internacional. **II Simpósio Internacional de Promoção da Saúde: Diálogo com os determinantes sociais em diversos cenários**. PUCPR. Escola de Ciências da Vida, 2017. Disponível em: <http://www.sips2017.eventos.dype.com.br/download/download?ID_DOWNLOAD=>>.

MOTOMURA, M.C.N.; SALVADOR, C.C.; KANASHIRO, M. Espaços caminháveis: análise dos 5Ds na cidade de Londrina. In: I Congresso Internacional Espaços Públicos. Porto Alegre, 2015.

ANAIS. p. 1 - 10. Porto Alegre: Núcleo de Estudos da Cidade. Faculdade de Arquitetura e Urbanismos. PUCRS, 2015, 1-10.

NEGREIROS, J. A. de. et. al. Estratégias de mobilização social e comunicação no enfrentamento da dengue no município de Sobral-CE. **SANARE**, Sobral, v.8,n.1,p.57-64,jan./jun. 2009. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/44/39>>.

NERI, A.L.; YASSUDA, M.S.; ARAÚJO, L.F.; EULÁLIO, M.C.; CABRAL, B.E.; SIQUEIRA, M.E.C.; SANTOS, G.A.; MOURA, J.G.A. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo Fibra. **Cad. Saúde Pública** [online], 29(4):778-792, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n4/15.pdf>>.

OLIVEIRA, C.M.; CASANOVA, A.O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):929-936, 2009.

OLIVEIRA, J. C. Mobilização comunitária como estratégia da promoção da saúde no controle dos Aedes (aegypti e albopctus) e prevenção da dengue no Distrito de Martinésia, Uberlândia (MG). **Tese** (Doutorado em Geografia). Uberlândia (MG): Universidade Federal de Uberlândia, 2012.

OMS. **Declaração de Alma Ata**. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>.

_____. **Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas**: no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar. Relatório do encontro internacional sobre a Saúde em

Todas as Políticas. Adelaide, 2010.

_____. **Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas:** no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar. Adelaide, Austrália, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/portuguese_adelaide_statement_for_web.pdf>

_____. **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Rio de Janeiro, Brasil - 21 de outubro de 2011. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final_12-12-20112.pdf>

_____. **Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde - Resumo.** Organização Mundial da Saúde, 2015. 28 p. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>.

_____. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde.** Organização Mundial da Saúde. 2015, 28p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf>.

ONU BR. **Até 2050, um bilhão de pessoas viverão em cidades sem água suficiente, diz Banco Mundial.** Publicado em 20/03/2015 (atualizado em 09/04/2016). Organização das Nações Unidas: 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/ate-2050-um-bilhao-de-pessoas-viverao-em-cidades-sem-agua-suficiente-diz-banco-mundial/>>.

PAIVA, R. **O espírito comum: comunidade, mídia e globalismo.** 2ª Ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: MAUAD, 2003, p. 175.

PALÁCIOS, M. O medo do vazio: comunicação, socialidade e novas tribos. In: RUBIM, A.A. (Org.). **Idade mídia.** Salvador: UFBA, 2001.

PANCER, S.M.; NELSON, G. Enfoques de la promoción de la salud basados en la comunidad: guía para la movilización comunitaria. In: OPS. **Promoción de la salud : una antología**. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC: 1996. P. 166-182. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3318/Promocion%20de%20la%20salud%20una%20antologia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

PARRAT-DAYAN, S. A discussão como ferramenta para o processo de socialização e para a construção do pensamento. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 45. p. 13-23. jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/edur/n45/a02n45.pdf>>.

PAULO, R.F. O Desenvolvimento industrial e o crescimento populacional como fatores geradores do impacto ambiental. **Veredas do Direito**, v.7, n.13/14, p.173-189, 2010.

PAVLOVSKY, E.N. **Natural nidity of transmissible diseases**. Moscou. Peace Publishers. s.d

PERUZZO, Cicilia M. Krohling; VOLPATO, Marcelo de Oliveira. Conceitos de comunidade, local e região: inter-relações e diferença. **Libero**. São Paulo, v. 12, n.24, p. 139-152, 2009.

PESSÔA, S. **Ensaio medico-sociais**. 2ª Ed. Coleção Saúde em Debates. CEBES - HICITEC. São Paulo: 1979, 380p. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Ensaio-medico-sociais.pdf>>.

PICKETT, K.E.; PEARL, M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. **J Epidemiol Community Health**, 55: 111-122, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1731829/pdf/v055p00111.pdf>>.

POLLAND, B. Health promotion in Canada: perspectives and future prospects. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 20(1): 3-11, 2007. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/26456697>>.

PONTING, Clive. **Uma história verde do mundo**. Rio de Janeiro. Editora Civilização Brasileira, 1995.

PROIETTI, F. A.; OLIVEIRA, L.O.; FERREIRA, F.R.; FERREIRA, A.D.; CAIAFFA, W.T. Unidade de Contexto e Observação Social Sistemática em Saúde: Conceitos e Métodos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 (3): 469-482, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n3/v18n3a06.pdf>>.

QUEIROZ FILHO, A.P. Sobre as origens da favela. **Mercator**, 10 (23): 33-48, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2736/273621468004.pdf>>.

REZENDE, JM. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina. In: **Dos quatro humores às quatro bases**. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. p. 49-53. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-05.pdf>>.

RICHARDSON, B.W. Hygeia, a city of health. **Hygeia**, 1(1): 3-17, 2005. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16836/9264>>.

RIO DE JANEIRO. **1904 - Revolta da Vacina: a maior batalha do Rio**. Rio de Janeiro. Secretaria Especial de Comunicação Social/ Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2006. 120 p. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4204434/4101424/memoria16.pdf>>.

RODRIGUES, A. B.; COSTA, N. M. C. A mobilização popular

e comunitária para a implantação de programas de educação ambiental. **TEIAS**: Rio de Janeiro, ano 3, nº 6, jul/dez, 2002

ROLNIK, Raquel. É possível política urbana contra a exclusão? In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, Editora Cortez, 72: 53-61, 2002.

RONZANI, T.M.; STRALEN, C.V. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Revista APS**, 6(2): 99-107, 2003. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Gerencia2.pdf>>.

ROSE, G. **The Strategy of preventive medicine**. New York. Oxford: 1992. 192p.

ROSO, A.; ROMANINI, M. Empoderamento individual, empoderamento comunitário e conscientização: um ensaio teórico. *Psicologia e Saber Social*, 3(1), 83-95, 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/download/12203/9505>>.

SANT'ANNA, R. M. Mobilidade e segurança no trânsito da população idosa: um estudo descritivo sobre a percepção de pedestres idosos e de especialistas em engenharia de tráfego. **Tese** (Doutorado em Engenharia de Transportes). Universidade Federal do Rio de Janeiro, COPPE, 2006, 195f.

SANTOS, A.I.; DIAS, C.; GONÇALVES, C.; SAKELLARIDES, C. **Estratégias Locais de Saúde**. Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Alto Comissariado da Saúde/Escola Nacional de Saúde Pública/UNL. 2010, p. 38. Disponível em: <<http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/09/ELS.pdf>>

SANTOS, F.H.; ANDRADE, V.M.; BUENO, O.F.A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, 14(1):3-10, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a02v14n1.pdf>>.

SANTOS, M. **A natureza do Espaço** - Técnica e Tempo. Razão e Emoção. 4ª Ed. (2ª reimpr.). EDUSP. São Paulo: 2006. Disponível em: < http://files.leadt-ufal.webnode.com.br/200000026-4d5134e4ca/Milton_Santos_A_Natureza_do_Espaco.pdf>.

SAQUET, M.A. **Abordagens e concepções de território**. Expressão popular, São Paulo: 2007.

SASAKI, A.K.; RIBEIRO, M.P.D.S. Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 8(28): 155-63, 2013. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/rbmfc8%2828%29664/568>>.

SEABRA, O.C.L. Territórios do uso: cotidiano e modo de vida. **Cidades**, v. 1, n. 2, p. 181-206, 2004.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(supl.): 243-251 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a25v10s0.pdf>>.

SERAPIONI, M. O desafio de avaliar a efetividade da participação cidadã em saúde. **ANAIS. XII Congresso Luso-Afro-Brasileiro, FCSH-UNL**, Lisboa, 01 a 05 de Fevereiro, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/1413-8123-csc-19-12-04829.pdf>>.

SILVA, L.J. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. **Cadernos de Saúde Pública**, 13: 585-593, 1997.

SILVA, K.L.; RODRIGUES, A.T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 63(5): 762-769, 2010.

SORRE, M. **Les fondements de la géographie humaine**. Primeiro tomo: Les fondements biologiques (Essai d'une *écologie* de l'homme). 3ª ed., revista e ampliada. Armand Colin. Paris: 1951.

SORRE, M. Complexos patogênicos e geografia médica (clássicos revisitados). **Hygeia**, 2(2): 2-14, 2006. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/download/16854/9280>>.

TALIBERTI, H.; ZUCCHI, P. Custos diretos do programa de prevenção e controle da dengue no Município de São Paulo em 2005. **Rev Panam Salud Publica**, 27(3), 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n3/a04v27n3.pdf>>.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. In: ROZENFELD, S. (Org.) **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 49-60. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-06.pdf>>.

TOMAÉL, M. I.; ALCARÁ, A.R.; DI CHIARA, I.G. Das redes sociais à inovação. **Ci. Inf.**, Brasília, 34 (2): 93-104, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19652005000200010>.

TÖNNIES, F. Comunidade e sociedade como entidades típicoideais. In: FERNANDES, Florentan (Org.). **Comunidade e sociedade: leituras sobre problemas conceituais, metodológicos e de aplicação**. São Paulo: Editora Nacional e Editora da USP, 1973. p. 96-116.

_____. Comunidade e sociedade: textos selecionados. In:

MIRANDA, O. (Org.). Para ler Ferdinand Tönnies. São Paulo: Editora da USP, 1995. p. 231-342.

VALOURA, L.C. Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo Empoderamento, em seu sentido transformador. In: **Residência social, um programa inovador da comunicarte**. 1ª Ed. Comunicarte. Ed.: Marcio Schiavo, 2016, p.20-31. Disponível em: <http://tupi.fisica.ufmg.br/michel/docs/Artigos_e_textos/Comportamento_organizacional/empowerment_por_paulo_freire.pdf>.

VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Revista de APS** 2(4): 20-28, 2000.

VAZ, L. F. Dos cortiços às favelas e aos edifícios de apartamentos: a modernização da moradia no Rio de Janeiro. **Análise Social**, 127 (581-597), 1994. Disponível em: <<http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223377187I6iYL2uw3Xe43QN7.pdf>>

VERAS, Renato Peixoto. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad. Saúde Pública**, 28(10):1834-1840, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001000003&lng=en&nrm=iso>.

VETTORE, M.V.; LAMARCA, G. Iniquidades sociais e a Epidemiologia do Curso de Vida: uma perspectiva que está para além das doenças crônicas. **Determinantes Sociais da Saúde. Portal e Observatório Sobre Iniquidade em Saúde**. 01/11/2012. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/opinioes/iniquidades-sociais-e-a-epidemiologia-do-curso-de-vida-uma-perspectiva-que-esta-para-alem-das-doencas-cronicas/>>.

VIEIRA, E.M.; XIMENES, V.M. Atividade comunitária e

conscientização: uma investigação a partir da participação social. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.36, p.91-112, 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n36/n36a06.pdf>>.

VIEIRA PINTO, A. **Ideologia e desenvolvimento nacional**. 4ª Ed. Ministério da Educação e Cultura. Instituto Superior de Estudos Brasileiros (textos brasileiros de filosofia). Rio de Janeiro: 1960. 52p. Disponível em: <<http://revistaestudospoliticos.com/wp-content/uploads/2013/10/facsimile.pdf>>.

WESTPHAL, M.F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública – RAP**. Rio de Janeiro, FGV, 34 (6): 47-61, 2000. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/download/6347/4932>>.

WALSH, J.A.; WARREN, K.S. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. **N. Engl. J. Med.**, 301: 967-74, 1979. (republicado em **Soc. Sci. & Med.**, 14C: 145-163, 1980). <https://qmplus.qmul.ac.uk/pluginfile.php/153629/mod_book/chapter/3004/Walsh%20and%20Warren%20PHC.pdf>.

WHO. **Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS**. Fase VI (2014-2018) da Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS: objetivos e requisitos. 2013, 41p. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Byz7lgicvXA6ZDdFUVNTd3NKOXc/view?usp=sharing>>.

ZANELLA, A.V.; LESSA, C.T.; DA ROS, S.Z. Contextos Grupais e Sujeitos em Relação: Contribuições às Reflexões sobre Grupos Sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 15(1): 211-218, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a22v15n1.pdf>>.

ZANIRATO, S.H.; RIBEIRO, W.C. Patrimônio cultural: a percepção da natureza como um bem não renovável. **Rev. Bras. Hist.**, São Paulo, 26 (51): 251-262, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbh/v26n51/12.pdf>>.

ZAMUDIO, M.G. **Teoría y guía práctica para la promoción de la salud**. Montreal: Unité de Santé Internationale, Université Montreal; 1998. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/102538239800500223>>

Sobre o livro

Formato: 15 x 21 cm
Tipologia: Book Antiqua
Papel: Offset 75 gr.

Samuel do Carmo Lima
Flávia de Oliveira Santos

**Promoção da saúde e redes comunitárias
para a construção de territórios saudáveis**

Uberlândia - MG

2018

CONSELHO EDITORIAL

Adriana C. Omena dos Santos
Aparecido José Cirillo
Cesária Alice Macedo
Gazy Andraus
Glaysen Arcanjo
Lídia Maria Meirelles
Leda Maria de Barros Guimarães
Luciana Arslan Mourão
Mara Rúbia Marques
Miguel Rodrigues de Sousa Netto
Paula Arbex
Raquel M. Salimento de Sá
Renato Palumbo Dória

FOTO DA CAPA

Milton Santos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S471t LIMA, Samuel do Carmo; SANTOS, Flávia de Oliveira
Promoção da saúde e redes comunitárias para a construção
de territórios saudáveis;
Samuel do Carmo Lima/Flávia Oliveira dos Santos - 2018
176 p.: il.

Universidade Federal de Uberlândia.
ISBN: 978-85-8324-060-0

1. Promoção da saúde. 2 território. 3. Redes comunitárias.
4. Cidade saudável. 5. Mobilização social. 6. Intersetorialidade

CDD: 614:574 (061.3)

Todos os direitos reservados. Vedada a produção, distribuição, comercialização ou
cessão sem autorização do autor. Os direitos desta obra não foram cedidos.

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	5
1 O PARADIGMA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE.....	9
1.1 A Medicina Social do lugar e do modo de vida.....	11
1.2 O sanitarismo.....	19
1.3 A epidemiologia do risco.....	23
1.4 Promoção da Saúde: a nova constituição epidêmica.....	32
2 A CONSTRUÇÃO DE TERRITÓRIOS SAUDÁVEIS.....	54
2.1 Na escala das infraestruturas urbanas.....	65
2.2 Na escala saúde comunitária, do cotidiano.....	76
3. REDES TERRITORIAIS LOCAIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	93
3.1 Saúde comunitária e educação para autonomia.....	91
3.2 Promoção da saúde com intersetorialidade e mobilização social...	101
3.4 Redes de associações comunitárias.....	107
3.5 Construindo redes comunitárias para o controle do <i>Aedes aegypti</i>	111
3.6 As redes comunitárias em ação.....	137
4 AINDA HÁ MUITO QUE FALAR E OUVIR.....	145
REFERÊNCIAS.....	151

PREFÁCIO

Parceria, fio condutor para compreendermos o processo de construção desse livro e seu convite à ação. A parceria intelectual de Samuel do Carmo Lima e de Flávia de Oliveira Santos, construída no âmbito acadêmico e expressa em outros trabalhos, acena para a intervenção no campo da Saúde Coletiva e das políticas públicas de modo a construir territórios saudáveis.

Os autores evidenciam desde as primeiras páginas do livro o entrelaçar da história e do modo como a ciência compreendeu os desafios postos à realidade social e política para a atenção à saúde. Assim, no capítulo 1 intitulado “O paradigma da determinação social da saúde”, os autores nos brindam com uma exposição sobre a trajetória dos modelos explicativos e de atenção à saúde com ênfase nas intervenções resultantes de cada modelo. A adoção dos determinantes sociais da saúde é explicitada por Samuel e Flávia de modo a sensibilizar os leitores (as) para a ampliação do horizonte compreensivo da Saúde Coletiva. Chama a atenção o zelo em historicizar a emergência dos modelos e problematizar seus avanços e desafios.

Ao final do primeiro capítulo, o leitor (a) terá consolidado as bases teórico-metodológicas para relacionar os determinantes sociais da saúde à promoção da saúde e à criação de territórios saudáveis, sustentáculos dos marcos históricos dos quais emergiu a proposta de Cidades Saudáveis. Um destes marcos é a 1ª Conferência sobre Cuidados Primários em Saúde que, em outubro de 2018, terá seu 40º aniversário celebrado.

O encontro de Alma-ata lançou as bases para a compreensão ampliada dos cuidados primários e o delineamento de estratégias que, posteriormente, foram sedimentadas na 1ª Conferência

Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa (1986). A criação de ambientes saudáveis preconizada em Alma-ata é consagrada em Ottawa como uma das estratégias para a promoção da saúde. Trata-se, pois, neste livro de abordar um tema clássico no campo da Saúde Coletiva e expandir o diálogo com pesquisadores e atores políticos de outros campos do saber.

O modo como a criação de ambientes saudáveis e a proposta de cidades saudáveis são tratadas nas Conferências Internacionais da Saúde capitaneadas pela Organização Mundial da Saúde é exposto no capítulo 2 “A construção de territórios saudáveis”. Nele os autores conceituam cidade saudável como um processo e não como resultado, *“aquela que tem um compromisso com a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos e se esforça por alcançar essa condição, a partir de uma clara intenção de fazer e um projeto a realizar.”* (p. 54). Há uma defesa de causa: a construção de cidades saudáveis requer engajamento ético e político de todos os cidadãos, a mobilização de *experts* e a responsabilização do Estado.

Conhecimento, autonomia e mobilização comunitária são articulados com maestria e os autores expõem as bases conceituais para pensar na construção de territórios saudáveis na dimensão macroestrutural e no cotidiano das comunidades. No cotidiano micropolítico, a comunidade produz sua vida e saúde, produz um “território usado”, como nos disse Milton Santos, chão pleno de possibilidades. É nesta dimensão que podem ser vislumbrados os impactos das políticas macroestruturais e o movimento (cri) ativo das pessoas e das comunidades.

Os cinco campos de ação para a promoção da saúde - “políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde” - são

explanados no capítulo 2 e emolduram o chamado à ação em defesa de territórios saudáveis que promovam saúde e potencializem a vida das comunidades.

Ao articular as dimensões macro e microestruturais os autores evidenciam os sujeitos políticos do processo de construção de territórios saudáveis e fazem emergir os traços das políticas públicas saudáveis: intersectorialidade, empoderamento e mobilização comunitária. Os leitores (as) encontrarão exposição clara e fundamentada desses conceitos e de suas inter-relações na promoção da saúde.

Nesta seara, *“A base da ação está na própria comunidade, nas instituições públicas e comunitárias que estão no território como escolas, centros comunitários, associações, sindicatos”*. (p. 92). Redes formais e informais são incitadas à construção de novos contextos de vida e de saúde que, para além da culpabilização dos indivíduos presente em abordagens centradas exclusivamente na construção de estilos de vida saudáveis, visam desmedicalizar a vida e a saúde com a valorização dos sujeitos, potencialização de suas habilidades e empoderamento.

Após os itinerários histórico, teórico e metodológico dos dois primeiros capítulos, o leitor (a) se encontrará com reflexões sobre o protagonismo dos sujeitos, as potencialidades para a construção e a articulação de redes para a promoção da saúde. Tais reflexões são permeadas pela problematização dos sentidos atribuídos às redes e à comunidade. Emprestamos aqui as palavras dos autores para demarcar o solo comum no qual a proposta de promoção da saúde e construção de territórios saudáveis são semeadas:

“Na comunidade, há vida comum. A atividade comunitária é ao mesmo tempo uma atividade pessoal e coletiva, estabelecida no diálogo acerca da própria vida e dos problemas dos indivíduos em um gru-

po social, sendo orientada pelo sentido (significado pessoal) e pelo significado (sentido coletivo) que a própria atividade e a vida comunitária têm para os indivíduos e para a comunidade.” (p. 100-101)

A vida comum constitui-se, pois, num desejo e numa aposta: de que como coletividade façamos de nossa comunidade um território que potencialize a vida, que promova saúde e que desenvolva as habilidades das pessoas. Tal feito é obra coletiva, a ser tecida a muitas mãos, com engajamento ético e político, o mesmo que guiou Samuel e Flávia a (com) partilhar seus saberes. Que este livro nos dê outros frutos: saberes e fazeres no campo da promoção da saúde e de territórios saudáveis, tão necessários em nosso mundo contemporâneo no qual urge a *radicalidade da esperança* anunciada por Paulo Freire:

“Sei que as coisas podem até piorar, mas sei também que é possível intervir para melhorá-las.

Gosto de ser gente porque a história em que me faço com os outros e de cuja feitura tomo parte é um tempo de possibilidades, e não de determinismo. [...] É a posição de quem luta para não ser apenas *objeto*, mas sujeito também da história” (FREIRE¹, 2013, p. 52-3).

Rosimár Alves Querino

Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva
Núcleo de Pesquisa em Saúde e Sociedade (NUPESS)
Instituto de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

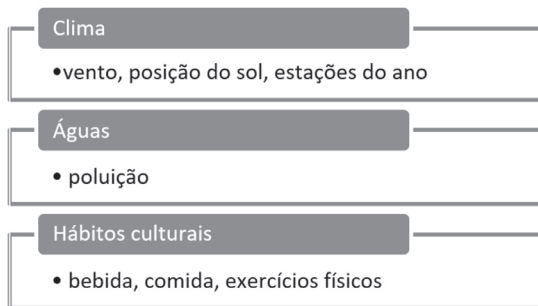
1 Freire, Paulo. **Pedagogia da autonomia**. Saberes necessários à prática educativa. 46 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

1

O PARADIGMA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

A ideia de que a saúde depende do ambiente não é nova. Hipócrates (460 - 366 AC) deixou as explicações da doença que a relacionavam à ira dos deuses para dizer que a causa das doenças estava no meio ambiente e no modo de vida das pessoas. Buscava explicações para a saúde e para a doença dos indivíduos, não dentro do corpo, mas no ambiente. Poderíamos dizer que ele foi pai de muitos filhos, dentre eles a medicina, a geografia da saúde e a saúde ambiental (Figura 1).

Figura 1: Fatores ambientais relacionados à saúde segundo Hipócrates (460 - 366 AC)



Fonte: Pessoa (1972), elaborado por Lima, S.C. (2018)

Devemos citar mais uma vez sua obra “Dos ares, das águas e dos lugares”, tantas vezes citada, para lembrar que em sua concepção a saúde depende do lugar onde se vive:

“Quem quiser investigar devidamente a medicina, deve proceder da seguinte maneira: em primeiro lugar deve observar as estações do ano, o efeito que cada uma delas exerce..., em seguida os ventos...

Também deverá atender às qualidades das águas... da mesma forma, ao chegar-se a uma cidade desconhecida deve-se considerar como se situa em relação aos ventos e ao sol nascente...

Com relação às estações, se o inverno for seco e soprar vento do norte, e a primavera for úmida e soprar vento do sul, haverá necessariamente no verão febres agudas, doenças dos olhos e disenteria (PESSÔA, 1979, p. 96, 97).

Para Celso, médico suíço (1493-1541) dizia que o médico deve viajar, não para conhecer como se vestem as pessoas das várias partes do mundo, mas para conhecer como as doenças afligem os homens.

Como pode formar-se um bom cosmógrafo ou geógrafo sem afastar-se do seu quarto? O médico deve ser um cosmógrafo, não para descrever como se vestem os povos das várias nações, porém para ter conhecimento das doenças que os afetam (PESSÔA, 1979, p. 98).

Com este mesmo entendimento, Boudin (1843) dizia que as doenças que afetam o homem variam no mundo, de lugar para lugar. O que ele queria dizer é que há uma influência dos contextos dos lugares sobre a saúde, assim como sobre o nascer, viver, sofrer e morrer.

Inspirados em Hipócrates, os médicos criaram a teoria miasmática, explicando que alguns lugares eram insalubres

porque emanavam miasmas que se difundiam de cadáveres, de coisas putrefatas, do lixo, por meio do ar e das águas. No início da revolução industrial, as cidades eram pestilentas e os higienistas criticavam essa falta de salubridade. Os miasmas contaminavam o ar e as águas, que por sua vez contaminavam as pessoas. Por isso, era preciso evitar esses lugares ou, então, transformá-los para eliminar os miasmas.

As ideias hipocráticas que relacionavam as doenças ao meio ambiente e ao modo de vida forneceram as bases para o movimento higienista que cresceu na Europa nos séculos XVIII e XIX, e que ainda na pré-história das ciências modernas não separavam as influências do meio natural e do meio social no desenvolvimento das doenças. Isto fica claro nas teorias da constituição epidêmica, que identificavam as doenças às condições geográficas específicas dos lugares, numa perspectiva holística, na qual a saúde está no equilíbrio entre o corpo e o meio ambiente, representado pela *Physis*, sendo que a doença era representava pelo desequilíbrio entre a constituição do corpo e do meio ambiente (CZERESNIA, 2001).

1.1 A Medicina Social do lugar e do modo de vida

Foucault (1998) diz que a medicina antes era exclusivamente saúde individual e privada, mas com a constituição dos Estados modernos surge uma medicina social. Antes, aqueles que podiam pagar tinham o médico a sua disposição, geralmente a domicílio. O doente pobre, quando moribundo, ia para os hospitais que não tinham função terapêutica, senão de consolo para os moribundos que esperavam a morte. Quem cuidava dos doentes nos hospitais não eram os médicos, mas as religiosas ou arrependidas do seu

pecado que faziam isso por caridade ou penitência, em troca de um lugar no céu.

Foi, então, no século XVIII que surge a medicina social, que aparecia com um novo paradigma: antes a preocupação era somente com o indivíduo e o seu corpo doente, agora com a população. Este é o momento da história em que o poder público, com a instituição dos Estados modernos, toma para si a tarefa de cuidar da saúde da população. Em verdade, os Estados desde a antiguidade tinham interesse na população, para manter os exércitos de guerra, mas agora, além da força da guerra era preciso manter a força de trabalho, no capitalismo nascente.

Com a intensa urbanização promovida pela revolução industrial, intensificaram-se a transmissão e a difusão das doenças. Desta forma, o higienismo que era apenas uma doutrina passa a ser higiene pública. O Estado passa a preocupar-se com a falta de salubridade dos lugares e com as condições de vida das populações, por que isso ameaçava a economia.

É importante destacar que não é pela assistência, mas pela vigilância que o Estado assume para si a tarefa de cuidar da saúde. O cuidado aos doentes e o tratamento das doenças continuava com a medicina privada, para quem podia pagar, porque aos pobres reservava-se a caridade e a misericórdia.

Foucault (1998) diz que a medicina social se constituiu a partir de três etapas distintas, com forma e conteúdo diferentes, que chamou de medicina de Estado (Alemanha), medicina urbana (França) e medicina da força de trabalho (Inglaterra).

Na Alemanha, o Estado ainda não unificado precisava contar com a população como força militar e para isso estabelecia mais do que estatísticas de nascimento e mortalidade. A polícia

médica, instituída por Rau, Frank e Daniel (1750 e 1770) estabelecia programas para a melhoria da saúde da população, começando com uma estrutura administrativa que tinha a missão de realizar uma vigilância completa da saúde da população, a partir de registros dos hospitais e dos atendimentos médicos por região, e observações sistemáticas de epidemias e endemias (FOUCAULT, 1998).

Na Alemanha, foi criada uma carreira de funcionários médicos que tinham a função de administrador de saúde, com poder de autoridade pública em um território hierarquizado, como médicos de distrito sobre uma população de 6 a 10 mil habitantes e oficiais médicos que exerciam controle sobre uma população de 35 a 50 mil habitantes.

A saúde e o bem-estar da população passam a ser um objetivo do maior interesse do poder político. A saúde pública é instaurada na Alemanha para cuidar dos corpos que tinham uma importância estratégica para o Estado. **Por estar ao seu serviço, não só o ensino, mas o exercício da medicina passa a ser objeto de normalização e controle do Estado (FOUCAULT, 1998).**



Na França, ao contrário da Alemanha, a medicina social não tem como interesse a unificação do Estado, mas a unificação do poder nas cidades e a urbanização, principalmente em Paris. É que a cidade passa a ser o lócus da produção e do consumo. Com a industrialização e a urbanização acelerada, intensificam os problemas de habitação, poluição, degradação social, epidemias e taxas de mortalidade elevada. Em Paris, a população quase dobrou em apenas 10 anos, de pouco mais de 1 milhão para quase 2 milhões de pessoas em 1870 (MERRIMAN, 2015).

Havia um sentimento de medo constante dos cidadãos em

razão das péssimas condições de vida na cidade.

Nasce o que chamarei medo urbano, medo da cidade, angústia diante da cidade que vai se caracterizar por vários elementos: medo das oficinas e fábricas que estão se construindo, do amontoamento da população, das casas altas demais, da população numerosa demais; medo, também, das epidemias urbanas, dos cemitérios que se tornam cada vez mais numerosos e invadem pouco a pouco a cidade; medo dos esgotos, das caves sobre as quais são construídas as casas que estão sempre correndo o perigo de desmoronar... Tem-se, assim, certo número de pequenos pânicos que atravessaram a vida urbana das grandes cidades do século XVIII, especialmente de Paris FOCUALT, 1998, p. 52.

Outra razão é que revoltas e revoluções sociais, por uma vida mais digna, com os movimentos sociais proletários tomam como palco as cidades, culminando com a instalação da Comuna de Paris, em 1871.

As ações de saúde pública significavam, além de controle das epidemias, controle social, com duas estratégias que se complementavam: o controle dos pobres, que passava pelo controle das moradias, e a reforma urbana, a partir do controle de normas de higiene, para tornar as cidades mais salubres. É aqui que aparecem as raízes do sanitarismo e da higiene pública, cuja preocupação não é primeiramente a saúde da população, mas a salubridade dos lugares. A medicina social na França se preocupa então mais com a salubridade dos lugares do que propriamente das pessoas.

Era preciso identificar os lugares insalubres que pudessem produzir e difundir epidemias, em geral as prisões, os navios, o porto, os hospitais, os cemitérios, além dos bairros pobres,

que amontoavam a população em condições de vida precária. A preocupação era com os lugares insalubres, que deveriam ser saneados.

Ainda que a vigilância e os esquemas de quarentena já estivessem bem estruturados desde os fins do século XVIII na França, foram intensificados neste período com a segregação dos adoecidos para fora da cidade, tal qual nos tempos bíblicos, segregavam-se os leprosos e os mandavam para fora dos muros da cidade. A estratégia era de levar para fora da cidade não só os doentes, mas também o cemitério e o matadouro de animais, por causa dos miasmas que aí se produziam e contaminavam a população.

Para o sanitarismo, era o lugar que precisava ser saneado ou higienizado, para conter a transmissão das doenças, ao invés de tratar as pessoas. As cidades deveriam ser alvos de intervenções urbanísticas porque a desordem do espaço urbano era a causa da produção de miasmas.

Os hospitais precisavam ser controlados e a cidade deveria ter espaços mais abertos para fazer circular o ar mais livremente, assim como os rios deveriam ser drenados para que as águas fluíssem mais rapidamente, para levar os miasmas para longe.

Essa ideia foi apropriada pelos gestores públicos que prometiam realizar aquilo que os higienistas prescreviam. Surgiram, então, planos de intervenção urbana que tinham a finalidade de realizar uma higiene completa do meio físico e social da cidade (COSTA, 2013).

Estabeleciam-se normas e legislações sanitárias para ordenar o espaço e a vida social nas cidades, com base nos conhecimentos da epidemiologia que estava sendo fundada,

implicando naquilo que poderíamos chamar de Saúde Pública.

A medicina urbana não é verdadeiramente uma medicina dos homens, corpos e organismos, mas uma medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência (FOCAULT, 1998, p. 55).

O exemplo maior de intervenção urbana com inspirações neohipocráticas que relacionava às doenças ao meio ambiente foi o Plano Haussmann (1853 a 1870), que tinha por objetivo livrar Paris dos miasmas. A reforma urbana proposta pelo Barão George Haussmann (1809 - 1891) tinha o caráter eminentemente higienista, de saneamento do lugar. Por isso, projetaram-se grandes bulevares, largas avenidas, grandes parques e amplos espaços públicos. Seu plano urbanístico serviu de modelo para várias cidades da Europa e, no Brasil para o Rio de Janeiro.

A medicina social na Inglaterra punha foco na população e nas condições de vida e trabalho, considerando que a causa das epidemias eram as condições sociais e econômicas da população. Foucault (1998) diz que a Medicina Social medicalizou em primeiro lugar o Estado (Alemanha), depois a cidade (França) e finalmente os pobres e os trabalhadores (Inglaterra).

A revolução industrial na Inglaterra, por volta da metade do século XIX tinha produzido uma urbanização sem precedente na história e a culpa pela degradação das condições de vida nas cidades industriais inglesas recaía sobre os pobres.

O mecanismo de controle sanitário dos pobres se estribou na Lei dos Pobres. Nestes tempos iniciais do capitalismo industrial, a pobreza e a miséria aumentaram demasiadamente, o que motivou o debate e a revisão da Lei dos Pobres que vinha sendo

instituída desde o século XVI, como um conjunto de normas e regulamentações, que visava promover a assistência social aos mais pobres e punir a “vagabundagem”. Na medida em que os pobres aceitavam a assistência deveria submeter aos controles médicos, com serviços que não previam cuidados médicos aos indivíduos, mas controle sanitário da população.

Outro motivo para revisar a lei era a preocupação com os movimentos sociais e sindicais que se fortaleciam, para evitar as revoluções que já se organizavam na França e na Alemanha. Havia nisto um mecanismo de controle social.

Segundo Martins; Pimentel (2014), a revisão da lei foi fortemente influenciada pelo liberalismo econômico, fundado nas teorias de Thomas Malthus e David Ricardo, que diziam que os pobres poderiam deixar de ser pobres sendo mais produtivos e não pelo assistencialismo das leis. Para Engels (2008) o auxílio da Caixa dos Pobres era considerado um direito e não uma dádiva, o que diferia do pensamento da burguesia.

A grande contribuição de Engels para a formulação das bases da medicina social, em “A situação da classe operária na Inglaterra”, foi o argumento de que as doenças e as mortes dos trabalhadores nas cidades inglesas do século XIX relacionavam-se às condições de vida e trabalho. Nos bairros pobres dos trabalhadores, conhecidos como bairros de má fama, não havia coleta de esgotos e os excrementos, juntamente com o lixo eram lançados nas ruas.

Por todas as partes, há montes de detritos e cinzas e as águas servidas, diante das portas, formam charcos nauseabundos... Nessa parte da cidade não há esgotos, banheiros públicos ou latrinas nas casas; por isso, imundícies, detritos e excrementos de pelo menos 50

mil pessoas são jogados todas as noites nas valetas, de sorte que, apesar do trabalho de limpeza das ruas, formam-se massas de esterco seco das quais emanam miasmas que, além de horríveis à vista e ao olfato, representam um enorme perigo para a saúde dos moradores (ENGELS, 2008, p.71, 79).

Edwin Chadwick, um dos reformadores da lei dos pobres, também em seu *Report on the Sanitary Condition of Labouring Class*, dizia que as doenças e a alta mortalidade que assolavam as cidades inglesas no século XIX estavam relacionadas diretamente à condição da miséria aviltante dos trabalhadores, e que as epidemias eram resultado do estado de pobreza da população (ANDRADE; BARRETO, 2002).

De certa maneira, com o princípio de *less eligibility* proposto por Chadwick, a nova lei dos pobres assumia o conceito de vulnerabilidade, que considera a necessidade de oferecer proteção social ao indivíduo que estivesse em uma condição mais precária que não pudesse ser comparada a de um trabalhador pobre (FLEURI, 1994).

Esta medicina social que estava centrada no modo de vida e nos determinantes sociais da saúde teve no alemão Rudolf Virchow outro expoente. Ele dizia que para se ter saúde era necessário mais do que cuidados médicos, era necessário democracia, liberdade, educação e prosperidade (ANDRADE; BARRETO, 2002).

A Medicina Social, alinhada com os movimentos populares por melhores condições de vida e trabalho nas cidades reconhecia que as doenças, principalmente as epidemias que se alastravam pelas cidades industriais da Inglaterra, Alemanha e França, estavam diretamente relacionadas às precariedades do modo

de vida, com o que hoje chamamos de determinantes sociais da saúde.

Poderíamos dizer que nos séculos XVIII e XIX, nas cidades industriais da Europa, a medicina social preocupava-se com as pessoas e seus modos de vida e com os lugares em que viviam, por causa dos miasmas, ora mais com as pessoas ora mais com os lugares. Voltamos a frisar que o higienismo não era uma concepção monolítica, mas se estabelecia com variadas correntes, apontando para duas direções principais, a depender a conjuntura política. Deve ficar claro que essas duas posições constituíam uma tensão paradigmática que se interpenetravam (ANDRADE; BARRETO, 2002).

Em uma posição, a direção é para o saneamento dos lugares, estabelecendo normas para a ocupação humana nas cidades e o saneamento ambiental, intervindo para controlar a poluição e os focos de contaminação e de doenças. Em outra, a direção é para a redução das determinações sociais da saúde, sob a pressão dos movimentos sociais e sindicais, estabelecendo legislação de proteção social e leis trabalhistas menos ultrajante, reduzindo a jornada de trabalho, considerando que as más condições de vida e trabalho podem afetar a saúde e produzir epidemias.

1.2 O sanitarismo

No final do século XIX, o Rio de Janeiro era uma cidade pestilenta. Alguns lugares eram considerados insalubres, não por causa dos miasmas, que já tinham sido desmentidos, mas porque neles viviam os pobres, que frequentemente estavam doentes, em razão das condições precárias do modo de vida e do lugar em que viviam.

Os migrantes europeus, tão necessários ao recém-inaugurado mercado de trabalho livre recebiam orientação para não desembarcarem no Rio de Janeiro, nem em Santos, por causa das frequentes epidemias de febre amarela, malária, varíola e peste bubônica, mas deviam seguir para Montevidéu ou Buenos Aires. Isso atrapalhava a economia do país.

Então, os ilustres sanitaristas da época foram chamados a encontrar uma solução para esta desventura. Esses sanitaristas alegavam que era preciso livrar a cidade das epidemias, da promiscuidade e de uma população que se insurgia contra a ordem pública (CHALHOUB, 1996).

Inspirando-se nas reformas urbanas de Paris do Plano Haussmann, o Estado levava a cabo a modernização da cidade do Rio de Janeiro, que mais que dobrou em apenas 20 anos, de 1870 a 1890, com uma população de 522 mil habitantes. Diversos serviços públicos foram implantados, sistemas de transporte coletivo, redes de esgotos sanitários, redes de abastecimento de água, telégrafo, iluminação a gás, telefone, energia elétrica, etc. Ao mesmo tempo, investia-se contra os cortiços, com o respaldo da Inspeção Geral de Higiene, da Academia Imperial de Medicina e da imprensa, que identificavam esses locais como insalubres e foco de epidemias que manchava a imagem da cidade perante os imigrantes estrangeiros (VAZ, 1994).

Os cortiços eram um conjunto de casas e cômodos de aluguel que se amontoavam em espaços restritos e atendiam a uma população de trabalhadores e desempregados (vadios), que ali viviam em condições precárias e insalubres.

Em 1893, há um episódio emblemático no Rio de Janeiro, quando foi destruído o cortiço “Cabeça de porco”. Sob o comando

pessoal do prefeito Barata Ribeiro, com soldados armados, bombeiros e os operários da Empresa de Melhoramentos do Brasil, as casas foram demolidas. A população teve que sair levando apenas a roupa do corpo e alguns pertences. Alguns que conseguiram levar madeiras e restos de materiais da demolição subiram o Morro da Providência e ali improvisaram barracos, tão insalubres quanto os cortiços. Anos mais tarde, em 1897, nesse morro juntaram-se a esses os soldados egressos da guerra de Canudos (CHALHOUB, 1996).

Em Belo Monte de Canudos, havia uma encosta chamada Alto da Favela, porque ali era comum a favela, uma planta da família *Euphorbiaceae*. Os soldados de Canudos que viam uma semelhança deste lugar com o Morro da Providência passaram a chamar esse morro de favela (QUEIROZ FILHO, 2011).

Na destruição dos cortiços, a preocupação das elites e autoridades sanitárias não era a saúde dos que ali moravam. Nestes casos, o sanitarismo mostrava sua face mais perversa e autoritária, que não se importava realmente com a saúde da população.

“A intervenção dos higienistas nas políticas públicas parecia obedecer ao mal confessado objetivo de tornar o ambiente salubre para um determinado setor da população” (CHALHOUB, 1996, p. 9).

Os planos de modernização do Rio de Janeiro continuaram no início do século XX com a administração Pereira Passos. O sentido das reformas urbanas era o mesmo: embelezar a cidade sob a forte influência do capital imobiliário, e higienizar os lugares para debelar as epidemias.

Esta modernização urbana expulsou os pobres do centro

da cidade, que tiveram que sair com a destruição dos cortiços e, em razão dos altos preços das novas moradias higienizadas e do maior valor do solo urbano. Com as melhorias realizadas não podiam pagar pelo aluguel exorbitante das moradias nas áreas centrais da cidade. Também, não podiam morar longe por causa do alto custo dos transportes. Os pobres, então, subiram os morros.

Azevedo (2015) afirma, categoricamente, que as reformas urbanas do Rio de Janeiro não visavam outra coisa a não ser a expulsão dos pobres do centro da cidade, para beneficiar os investimentos e a especulação imobiliária. Neste caso, fica evidente o caráter violento e autoritário do sanitarismo que visava muito mais a uma reconfiguração urbana que atendia aos interesses imobiliários do que a saúde da população. Era a medicina das coisas e dos lugares prevalecendo sobre a saúde das pessoas.

Outro episódio marcante do sanitarismo que evidenciou o seu autoritarismo foi a revolta da vacina, em 1904, que situava-se no contexto das ebulições sociais relacionadas às reformas urbanas promovidas por Passos Pereira e Rodrigues Alves (RIO DE JANEIRO, 2006).

A revolta das vacinas foi mais que um protesto contra a vacinação obrigatória. Mas que isso, era um movimento social por melhores condições de vida, contra as reformas urbanas que derrubavam as casas dos pobres e os expulsavam para onde quisessem ir, desde que deixassem o centro da cidade para o mercado imobiliário. Essa era a intenção não confessada, mas diziam que as medidas eram necessárias para proteger a saúde da população e para conter as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola.

1.3 A epidemiologia do risco

A origem do conceito de risco é controversa. Godim (2007), citando Bernstein (1997) considera que a ideia do risco é datada e demarca o início da modernidade. O que antes se percebia era o perigo, que podia ser de origem natural, enchentes, terremotos, vulcões, furações, e produzidos pelo próprio homem, como as guerras. A partir do início dos tempos modernos, o perigo passa a ser considerado como risco.

Para Bernstein (1997), em seu livro *Desafio aos deuses: a fascinante história do risco*, a fronteira entre a modernidade e a idade média é marcada pela passagem de uma posição passiva diante do futuro, que era espelho do passado. O que teria que acontecer fatalmente aconteceria. O futuro era o capricho dos deuses que os dogmas da religião reafirmavam. Não haviam preocupações com o passado, porque já tinha acontecido e nem com o futuro, porque não se podia mudá-lo. E ainda, o presente era um cotidiano monótono com estruturas sociais muito estáveis. O futuro era determinado e podia ser uma questão de sorte.

Mas, no alvorecer das luzes, Martin Lutero desafiava a Igreja com suas teses protestantes, as ciências náuticas permitiam as grandes navegações ao redor do mundo e a descoberta de novas terras. Nas artes plásticas, pintavam-se a trindade sagrada e os santos sem aureolas e já se veem representadas cenas mundanas, dos homens e seu cotidiano. É o antropocentrismo que vai substituindo o teocentrismo da idade média. Surgia então um modo diferente de pensar o futuro, não como uma determinação, mas como uma possibilidade, eram tempos de luzes. Talvez, fosse possível não ficar, passivamente, esperando

que o futuro chegasse trazendo o infortúnio, mas controlar o futuro, a partir de escolhas do presente. O misticismo e o dogma foram substituídos pela ciência e pela lógica. O fatalismo foi substituído pela possibilidade (BERNSTEIN, 1997).

Outro marco importante para completar esta nova visão dos homens sobre o futuro foi o avanço da matemática e os cálculos de probabilidade. Bernstein (1997) conta que em 1654 um nobre francês que gostava de jogo e matemática levou a Blaise Pascal um enigma: como dividir entre dois jogadores as apostas de um jogo de azar que foi interrompido quando um deles estava vencendo. Pascal, com a ajuda de Pierre Fermat resolveu a questão, que já havia sido formulada duzentos anos antes. O resultado levou a descoberta da teoria das probabilidades. Com isso, era possível não somente pensar o futuro, mas tomar decisões que mudasse o futuro, com a ajuda da matemática.

No século XVIII, sob a influência das ciências modernas, corpo e natureza passam a serem vistos como unidades independentes, sob a égide do pensamento mecanicista. No paradigma do relógio, o corpo passa a ser visto como uma máquina e a doença um defeito da máquina, que deve ser consertado. É o nascimento da clínica. A medicina das coisas e dos lugares ainda era hegemônica na saúde pública, mapeando os lugares para reconhecer os lugares insalubres, mas a clínica, que poderíamos chamar de medicina do corpo, buscava a causa das doenças no corpo adoecido, mapeando-o para saber em que órgão a doença está, sob os olhares da anatomia primeiro, e depois da microbiologia (FOUCAULT, 1977).

Com o desenvolvimento da microbiologia no final do século XIX, descobria-se ao microscópio uma variedade de microorganismos, identificando-os cada um a uma doença

específica. Inaugura-se um modelo de saúde e uma medicina fundamentada na determinação biológica, que se torna hegemônica.

A teoria dos germes impulsionava a bacteriologia, com investigações biomédicas e procedimentos analíticos que passaram a ser o padrão para as ciências biológicas, razão pela qual os estudos populacionais perderam importância.

A saúde pública, completamente engajada ao movimento da revolução bacteriológica, deixa de lado os estudos da população e dos lugares, para se preocupar com os corpos adoecidos. Em situações não epidêmicas passa a orientar ações individuais, prescrevendo comportamentos e higiene pessoal (GÓIS JUNIOR; LOVISOLO, 2003).

Com a noção de agente etiológico, surge a necessidade de se conhecer as doenças a partir de uma relação unívoca e unicausal, para cada doença uma causa. Essa forma de raciocínio, atualmente, ainda domina a atividade médica para o tratamento das doenças infecciosas, que busca saber qual é o agente infeccioso para combatê-lo, normalmente com antibióticos, no caso de bactérias. A teoria miasmática afinal foi vencida, juntamente com as ciências interessadas nos fatores socioambientais e na determinação social da saúde. A medicina social deixa de ser considerada nas políticas públicas.

Por esta época, a epidemiologia perdia importância e estava em baixa, porque se filiava a uma concepção miasmática de constituição epidêmica, que não identificava a causa das doenças, mas os contextos ambientais e sociais para explicar as epidemias. Para voltar a ser reconhecida nos meios científicos, a epidemiologia se aproxima da teoria dos germes, com ideias

que explicam a doença a partir do corpo biológico e não mais a partir do ambiente. Os lugares e os contextos já não importavam, por isso se volta para o indivíduo, abandonando, em parte, suas origens de conhecimento coletivo sobre a saúde da população.

Também, se aproxima da teoria do risco que se consolidou com a matemática e as ciências modernas. Mas, a gestão do risco não chegou a epidemiologia senão depois ter passado mais de um quarto do século XX, por volta dos anos de 1930.

O elemento central de sua episteme passa a ser o risco de adoecer e morrer, o que equivale a buscar onexo de causalidade e a probabilidade de acontecer. Vê-se, então, a passagem de uma epidemiologia da constituição para uma epidemiologia da exposição (AYRES, 2002; LIMA, 2016).

Na Epidemiologia da exposição, a população são pessoas suscetíveis expostas a um patógeno, que sendo infectadas podem adoecer. O patógeno representa a causa e a exposição ao patógeno equivale ao risco. Risco e causação formam um par inseparável. Junto com o risco veio a estatística; o que efetivamente recolocou a Epidemiologia no topo da escala de prestígio científico foi a estatística (AYRES, 2002).

O objeto epidemiológico passou a ser delimitado como uma relação entre infectados/suscetíveis, que se define como oportunidade de exposição ao agente causal de uma doença. Eis a epidemiologia da exposição; eis a base epistemológica para a formalização do conceito de risco (AYRES, 2002, p. 34).

Com a descoberta dos vetores das doenças, amplia-se a ideia de causação. Agora, a causa era determinada por uma tríade de elementos, baseada no agente etiológico, no vetor e no meio ambiente, este último condicionando os dois primeiros.

O modelo de determinação biológica se fortalece com a clínica, porque o que está em questão é a doença no corpo e a ação do agente infeccioso. Nas ações de saúde pública (vigilância/prevenção), também prevalecem os fatores biológicos (agente etiológico e vetor), consolidando a epidemiologia da exposição.

Pela visão sanitária do modelo biomédico, os indivíduos estão expostos aos riscos de doenças e agravos, sendo por isso necessário estabelecer vigilância epidemiológica e prevenção.

Um dos fundamentos atuais da epidemiologia é a noção de risco. Busca-se reconhecer a condição dos indivíduos e populações que estão expostos aos fatores de risco, identificando os agentes causais e utilizando métodos estatísticos para calcular a probabilidade de concretização da ameaça. Uma das tarefas das vigilâncias em saúde é identificar temporal e espacialmente os fatores de risco de uma doença, agravo; a probabilidade de ocorrência do evento e a severidade do dano que pode causar, para estabelecer ações de prevenção (LIMA, 2016, p. 95).

Aqui, teremos que discutir mais pormenorizadamente a noção de risco. Risco em epidemiologia equivale à probabilidade de acontecer a doença, o agravo à saúde ou o óbito e sustenta as ações de vigilância epidemiológica e prevenção. Neste assunto, a causação das doenças, a exposição e o risco se colocam como questões importantes para a epidemiologia.

É necessário identificar os fatores de risco e os indivíduos e as populações em risco e, ainda, calcular o risco (probabilidade) para definir estratégias de prevenção e eliminação ou mitigação do risco, reduzindo a possibilidade da concretização do dano, por meio de ações de vigilância e controle.

Nesta abordagem do risco, em se tratando de doenças infecciosas, predominam as avaliações sobre a *exposição* ao agente infeccioso. No caso de doenças crônicas não transmissíveis, a avaliação é sobre os *fatores de risco*, principalmente relacionados aos comportamentos e aos estilos de vida (obesidade, sedentarismo, tabagismo, uso abusivo de álcool e outras drogas). A partir disso, as ações de prevenção são definidas com educação para a saúde, prescrevendo mudança de estilo de vida.

Vários problemas podem ser vistos na abordagem do risco, que comprometem a efetividade das ações de prevenção. Em primeiro lugar, a gestão do risco é orientada para uma prevenção individual, principalmente para pacientes de alto risco. A epidemiologia que desde o princípio tinha uma perspectiva populacional, com a hegemonia do modelo biomédico de atenção à saúde, sob a influência da teoria da história natural da doença passa a orientar-se para uma prevenção individual.

Rose (1992) diz que uma pequena redução do risco em um grande número de pessoas (abordagem populacional) é capaz de ser mais resolutiva que a prevenção individual em grupos de alto risco (abordagem individual). E ainda, em se tratando de doenças crônicas não transmissíveis, concentram-se esforços naqueles que já estão doentes, isso não seria prevenção, mas tratamento. O que se faz com os que ainda não estão doentes, mas em pouco tempo estarão? Nada.

Foi exatamente isso que a Fundação Rockefeller propunha como reação imediata a concepção de Atenção Primária à Saúde de Alma Ata, que tinha como meta saúde para todos até o ano 2000. Dizia que a atenção primária que inclui a todos é muito cara e nesse caso o melhor seria eleger prioridades, escolhendo atender prioritariamente os grupos de alto risco, e um

determinado número de doenças (WALSH; WARREN, 1979; CASTIEL, 2012).

Rose (1992); Capewell; Graham (2010) criticaram essa Atenção Primária Seletiva dizendo que o rastreamento e o tratamento de indivíduos de alto risco, em detrimento do restante da população podem aumentar as desigualdades em saúde.

Outro problema é que a abordagem do risco é prescritiva. Seja para sustentar uma estratégia de atenção individual à saúde ou eventualmente uma estratégia populacional, a gestão do risco sempre desemboca na prevenção prescritiva, para mudança de comportamentos e estilo de vida.

Segundo Ayres et al. (2009), a abordagem da gestão do risco é pouco efetiva e ainda culpa o indivíduo, por não ser capaz de atender à prescrição e dar as respostas pretendidas às políticas de prevenção. Isso porque comportamentos e estilos de vida não são produzidos pelos indivíduos, mas pela cultura (LIMA, 2016).

E ainda mais um problema, é que o seu fundamento está vinculado à ideia de causalção. As causas ou fatores de risco, principalmente para as doenças não transmissíveis não explicam totalmente a doença porque os eventos de saúde resultam de uma relação complexa entre atributos individuais, sociais e aspectos contextuais que são capazes de determinar os hábitos e comportamentos dos indivíduos (PROEITTI et al., 2008).

Castiel (1999, 2012), discutindo a promoção da saúde critica os conceitos *estilo de vida* e *autocuidado* como sendo um dos caminhos para a manutenção da saúde. O autocuidado representaria uma autovigilância para evitar os fatores de risco e a decisão de mudar condutas e atitudes para adoção de estilos de vida mais saudável. O que passa é que esses enfoques são

prescritivos, esquecendo-se que o estilo de vida, que preferimos chamar de modo de vida relaciona-se a um contexto que não depende diretamente da vontade do indivíduo, conforme o pensamento de Antony Giddens e Gregory Bateson.

Almeida-Filho (1992) questiona a capacidade da epidemiologia do risco para compreender as interações entre aspectos coletivos e individuais que envolvem o adoecer e o morrer. Diz que a epidemiologia dos fatores de risco não dá conta da complexidade que cerca o objeto saúde/doença. Diz, ainda, que seria necessário um novo paradigma na epidemiologia, que transcenda os conceitos de modos de transmissão e de fatores de risco, porque a epidemiologia voltada para o indivíduo mostra-se extremamente limitada para orientar ações de saúde pública.

Almeida Filho et al.(1998), comentando sobre os programas de educação e prevenção contra a transmissão do HIV/AIDS, dirigidos aos indivíduos, dizem que esta estratégia coloca sobre os indivíduos a responsabilidade sobre as condutas que levariam a redução do risco. Os autores sugerem uma epidemiologia contextual e que esses programas deveriam levar em consideração às relações interpessoais, com aspectos históricos, sociais e simbólicos, assim com as redes sociais dos indivíduos. Concordando com isso, Castiel (1994) propõe a adoção do paradigma da complexidade para resolver o problema das limitações da epidemiologia dos fatores de risco.

Lima (2016), discutindo problemas e necessidades de saúde, diz que a atenção à saúde individual, com abordagem clínica, mira o corpo biológico para tratar a doença, porque o objetivo é a cura e a reabilitação. Diz ainda que abordagem epidemiológica, sempre foi uma abordagem espacial, identificando e localizando

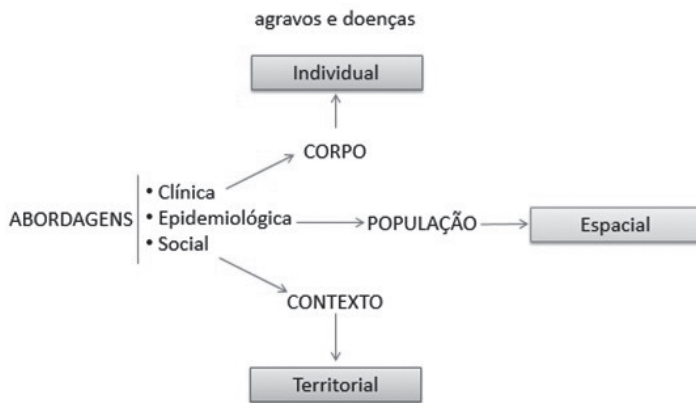
os problemas e necessidades de saúde para compreender o modo de transmissão, os fatores de risco, a incidência e a prevalência das doenças. Mas, sob a influência da teoria da história natural da doença, a epidemiologia se aproximou da clínica, para estabelecer ações de prevenção com abordagem individual. E ainda a vigilância, para orientar ações de prevenção com abordagem epidemiológica deveria voltar às origens. Mesmo dedicada a identificar causas e fatores de risco, deveria considerar a população e o espaço.

Mas, para superar as limitações da abordagem epidemiológica, seria necessária a adoção de uma abordagem social, que não põe foco nos indivíduos da população, mas na relação da população com o seu território, considerando o indivíduo e a população em seus contextos de vida e trabalho.

Na abordagem social, a ação é sobre o contexto que pode ser desfavorável a saúde. A ação não é diretamente sobre o corpo biológico, nem sobre a população, mas sobre o território, que representa os contextos do processo saúde-doença. A preocupação é com os contextos e não com causas ou fatores de risco (Figura 1).

Se nas abordagens clínica e epidemiológica a preocupação é com a doença, na abordagem social a preocupação é com a saúde. Se a doença se manifesta no corpo, a saúde se manifesta no contexto da vida, numa relação complexa que envolve o corpo e o ambiente, no qual aspectos biológicos, sociais, econômicos, culturais, psicológicos devem ser considerados.

Figura 1: Abordagens para a análise dos problemas de saúde



Fonte: LIMA (2016)

Esta abordagem de contexto equivale a ideia de constituição epidêmica do pensamento hipocrático, que foi recuperada no século XVII por Thomas Sydenham (1624 - 1689), que relacionava as doenças ao ambiente, cujo interesse não era identificar a causa, mas a relação complexa que envolvia a doença e o corpo ao contexto dos lugares.

1.4 Promoção da Saúde: a nova constituição epidêmica

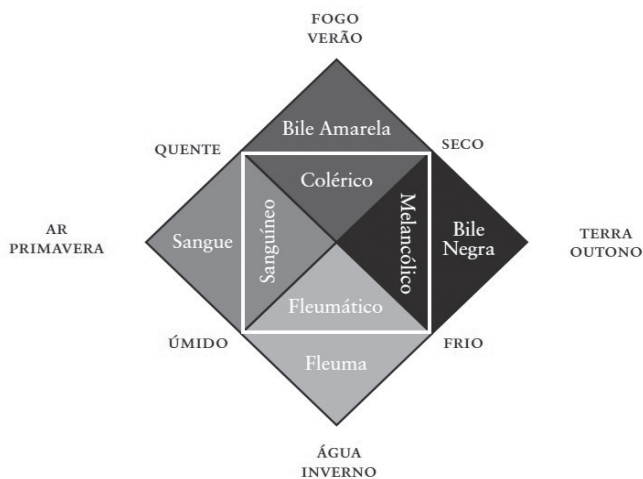
Desde Hipócrates, o ambiente era considerado para pensar a saúde dos indivíduos e populações e com base nisto foram desenvolvidos os conceitos de endemia e epidemia. Pensando que algumas doenças são características de determinados lugares, constrói-se a noção de constituição epidêmica.

Os lugares eram caracterizados por um contexto ambiental que na concepção hipocrática, era representado por uma condição climática, pela qualidade das águas, mas também pelo modo de vida das populações. A saúde humana era vista como uma totalidade, a síntese entre o equilíbrio orgânico do corpo e o equi-

líbrio ambiental do lugar, a partir do conceito de *Physis* (Figura 2), que representava não só a constituição da natureza, com seus elementos formativos ar, terra, água e fogo; e suas qualidades frio, quente, seco e úmido; mas também a constituição individual com os humores corporais: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra, numa concepção dinâmica que não separava no homem o biológico, o social e o psíquico, nem o corpo da natureza, o ambiente externo ao qual se insere (CZERESNIA, 2001; RESENDE, 2009).

Durante a revolução industrial na Europa e a crise da saúde urbana, com base no higienismo da medicina social, as doenças eram vistas, ora como resultado da insalubridade dos lugares, ora relacionadas ao modo de vida e as condições sociais e nunca como um estado biológico do corpo. Mas, com o enfraquecimento dos movimentos sociais e a teoria dos germes conduzida pelos avanços da microbiologia, o corpo torna-se o lócus de maior interesse nas ciências da saúde.

Figura 2: Os quatro humores corporais e os quatro elementos da natureza

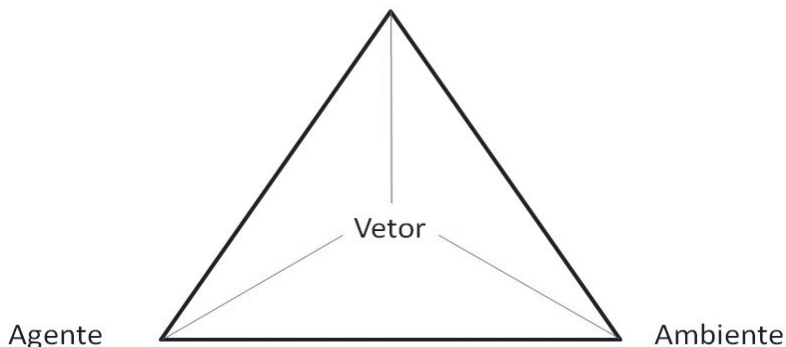


Fonte: RESENDE (2009, p. 51)

A microbiologia, que buscava encontrar a causa das doenças no corpo, encontrou o agente etiológico, um agente específico para cada doença. Está aí a raiz do modelo biomédico, que acendia luzes sobre o corpo adoecido e a patologia. Sobre esse conhecimento desenhou-se o modelo da unicausalidade, que era combatido por aqueles que ainda achavam que para compreender a doença deveriam se considerados, além do microorganismo, o meio ambiente e a susceptibilidade dos indivíduos à infecção.

O interesse pela relação saúde - ambiente só foi retomado mais tarde, com o modelo da tríade causal, pelo reconhecimento de que o agente etiológico sozinho não explicava o comportamento epidemiológico das doenças (Figura 3). Neste modelo, a explicação do processo saúde-doença incluía aspectos do ambiente fora do corpo, mas continuava essencialmente biológica, por considerar como fatores da causalidade o meio físico biológico dos lugares.

Figura 3: Modelo da tríade causal das doenças



Fonte: GORDIS, L. (2014)

Nos tempos que antecederam a 2ª Grande Guerra, nesta linha da tríade causal, que buscava a causalidade das doenças na relação homem - ambiente, aparecem a teoria dos focos naturais das doenças de Pavlovski (s.d.) e a teoria dos complexos patogênicos de Sorre (2006).

Evgeny Pavlovsky era parasitologista russo que tentava explicar a ocorrência de um surto de encefalite na Sibéria. Como a área era de baixíssima densidade demográfica, entendeu que a hipótese da transmissão do vírus de pessoa a pessoa era improvável. Concluiu, então, que esse surto de encefalite tratava-se de uma zoonoses transmitida por vetores (PAVLOVSKY, s.d.).

Na teoria ecológica de Pavlovsky as doenças infecciosas são entidades que se movimentam em um ciclo, a partir da relação entre patógenos (microorganismo), reservatórios (animais vertebrados) e vetores (insetos), constituindo uma patobiocenose em um território específico (territórios nosogênicos). O foco natural das doenças era num determinado território, delimitado por contexto de relações ecológicas que mantinham o ciclo. O homem, ao entrar neste território se expunha e se tornava susceptível à infecção (RIBEIRO, 2001; SILVA, 1997).

Maximilien Sorre era um geógrafo francês que publicou pela primeira vez sua teoria dos Complexos Patogênicos nos *Annales de Géographie*, em 1933 (SORRE, 2006). Sorre retoma a teoria no livro *Les fondements de la géographie humaine*, em 3 volumes, cujo primeiro é dedicado aos fundamentos biológicos, ensaio de uma ecologia do homem. Os complexos patogênicos referem-se a um contexto em que uma doença específica se manifestaria em um dado espaço geográfico (SORRE, 1951).

Diferente da teoria de Pavlosky, na teoria de Sorre o papel mais importante está no homem, que não é somente

sujeito passivo disposto à infecção, mas produtor do complexo patogênico, quando transforma o espaço. Para além dos aspectos ecológicos da doença, que envolviam os patógenos, os vetores e o meio ambiente que os condicionam, envolve também o homem como elemento constitutivo e produtor, não somente passivo, susceptível à infecção.

Essas ideias estavam de acordo com a vertente do pensamento chamado de Geografia Médica, desenvolvida deste o século XVII, que tentava recuperar a lógica hipocrática sobre explicação das doenças na *physis*. A teoria do Complexo Patogênico se aproxima do conceito de constituição epidêmica.

Mas, a força da epidemiologia clínica e o modelo biomédico tirou o brilho dessa ideia, porque colocou o indivíduo no centro, reforçando a concepção biológica do processo saúde-doença. Mesmo com a ampliação do modelo explicativo, com a teoria da multicausalidade que inclui aspectos sociais, econômicos e demográficos, o centro da explicação causal continua sendo biológica e as luzes continuam sobre o indivíduo. Isto se vê claramente na teoria da História Natural da Doença de Leavel e Clark (1976).

Este modelo é muito utilizado para pensar ações de prevenção, mas mesmo neste aspecto, mais confunde que esclarece. Por exemplo, quando o indivíduo não está doente, mas está exposto a um fator de adoecimento (período pré-patogênico), diz-se que é preciso estabelecer prevenção, com proteção específica contra a doença e promoção da saúde, o que chama de prevenção primária. Confunde prevenção com promoção da saúde.

Quando a pessoa adoce e aparecem os primeiros sintomas (período clínico ou patogênico), ela precisa ser cuidada. Diz-se

que ela precisa de diagnóstico e tratamento precoce, para que a doença não se agrave. Isso é chamado de prevenção secundária. Quando a doença se agrava, o tratamento é para que ela não morra. Isso é chamado de prevenção terciária. Nestes casos, a confusão é tomar o tratamento da doença como prevenção (Quadro 1).

Quadro 1: Modelo da história natural da doença

PERÍODO PRÉ-PATOGÊNICO			PERÍODO PATOGÊNICO OU CLÍNICO		
Períodos	Exposição a fatores de adoecimento		Alterações precoces	Primeiros sintomas	Doença avançada e Convalescença
Níveis de atenção	Promoção da saúde	Proteção específica	Diagnóstico e tratamento precoce	Limitação do dano	Reabilitação
	Prevenção primária		Prevenção secundária		Prevenção terciária

Fonte: Leavel; Clark (1976). Adaptado por LIMA, Samuel do Carmo (2017)

Com o aumento da incidência/prevalência das doenças não transmissíveis e seus agravos, a partir da metade do século XX, a causalidade passa a ser investigada em fatores da biologia do corpo e do estilo de vida, considerando os comportamentos como fatores de risco para as doenças crônicas (DIEZ-ROUX, 2000).

O sinal dos tempos, em que o modelo biomédico de atenção à saúde se estabelece cada vez mais hegemônico é quando a epidemiologia, que era um conhecimento de base populacional, com fortes ligações com as ciências sociais, passa a dedicar-se prioritariamente ao estudo dos indivíduos e o risco de adoecer.

A ascensão da mortalidade por doenças crônicas fortaleceu o paradigma do risco, frequentemente chamado de paradigma da caixa preta, baseando-se na identificação de inúmeros fatores

de risco, nem sempre conectados adequadamente por meio de uma teoria da doença e sem considerar os determinantes sociais da saúde (VETTORE; LAMARCA, 2012).

Na contramão desta história, a partir da segunda metade do século XX surge uma posição contra-hegemônica chamada epidemiologia social, induzida pelas intensas transformações sociais e pelos movimentos políticos de lutas por direitos civis e por melhores condições de vida. Com uma teoria social que conduz a compreensão do processo saúde-doença a partir da análise da situação de saúde da população, no plano coletivo, a epidemiologia social deixa de lado a causalidade para apoiar-se na ideia da determinação social como modelo explicativo do processo saúde-doença (BARATA, 2005).

Nos anos de 1970 e 1980, durante os estertores das ditaduras militares da América Latina no Brasil, esta epidemiologia social dá sustentação a um movimento de reforma sanitária que se baseava em última análise nas ideias da medicina social do século XIX e tinha como slogan “saúde como direito do cidadão e dever do Estado”.

Esse movimento, que no Brasil foi denominado de Saúde Coletiva, incorporava ao modelo de atenção à saúde a dimensão coletiva, tentando romper com a dicotomia prevenção-cura no modelo de atenção à saúde. Era uma tentativa de superar o modelo biológico de causalidade das doenças, com atenção à saúde predominantemente individual, centrado na doença e no hospital. Tentava-se abandonar o modelo biomédico da história natural da doença para pensar um modelo de atenção à saúde em que a assistência seja individual, para o tratamento da doença, mas a prevenção e a promoção da saúde sejam coletivas, articulando ações sobre a população e os territórios,

considerando os contextos de vida. Para isso, a referência inicial não poderia ser Leavel e Clark, mas Lalonde.

Lalonde era o Ministro da Saúde do Canadá quando elaborou um relatório que questionava profundamente a baixa resolubilidade e o custo extremamente dispendiosos do Sistema de Saúde do seu país. Concluía que a saúde era um campo multidimensional determinado por quatro fatores: estilo de vida, biologia humana, meio ambiente e acesso ao sistema de saúde. Segundo ele, era preciso reorganizar o serviço de saúde, deslocando o foco que estava posto prioritariamente nos aspectos biológicos da doença e nas ações hospitalares para os aspectos da determinação social da saúde (LALONDE, 1974).

A segunda referência é Alma Ata, não propriamente a cidade do Cazaquistão (ex república soviética), mas a 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde patrocinada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ali realizada em 1978.

A Declaração de Alma Ata dizia que era preciso ampliar o acesso aos serviços de saúde, à começar pelo nível da atenção primária, com o fortalecimento da prevenção e da promoção da saúde, para garantir o direito universal do ser humano à vida, sob o lema “saúde para todos até o ano 2000” (BRASIL, 2002).

Castiel (2012) diz que Alma Ata representa uma clara orientação aos países para que estabelecessem políticas de redução das desigualdades sociais para concretizar o programa “Saúde para Todos até o Ano 2000”. Entretanto, as políticas neoliberais que varreram o mundo nos anos de 1990 barraram essa intenção.

A terceira referência é Ottawa. Foi lá que se realizou a 1ª

Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, que definitivamente inaugurou um novo tempo, em que a concepção de constituição epidêmica ressurgiu, que se colocava com mais força no confronto direto contra o modelo biomédico de atenção à saúde.

A OMS continuou a organizar conferências internacionais para pensar a saúde a partir desse novo paradigma, da determinação social da saúde, pelo qual era preciso reorganizar os serviços de saúde para também fazer além da assistência a doença, prevenção e promoção da saúde. Depois de Ottawa (1986), vieram Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairóbi (2009), Brasil (2012), Helsinque (2013) e Xangai (2016).

Na esteira do movimento internacional conduzido pelas conferências de saúde promovidas pela OMS, que reuniam os países para orientá-los à conversão dos sistemas nacionais de saúde a um modelo de atenção que reconhecia a determinação social da saúde, que priorizassem ações de prevenção e promoção da saúde surge no Brasil um movimento de reforma sanitária, cujos marcos principais foram a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990.

Não se pode ignorar que, a despeito do grande esforço da OMS para orientar os países sobre a necessidade de reorganizar os serviços de saúde a partir das ideias de determinação social e promoção da saúde, que há uma disputa em curso, que envolve não somente posições conceituais, mas embates políticos e ideológicos.

Nesta disputa entre o modelo biomédico e o modelo da determinação social da saúde, permanece hegemônico o modelo biomédico, porque serve bem aos interesses de um estado

Neoliberal, e de uma sociedade elitista. Isso se demonstra na prática das ações, nos sistemas locais de saúde, mesmo naqueles países onde a ideologia de Estado de Bem-estar Social está mais estabelecida.

Mesmo por dentro do novo modelo de atenção à saúde, ocorre uma disputa entre concepções distintas de promoção da saúde. Uma é prescritiva, regulatória, que busca mudança de comportamentos e estilo de vida; a outra propõe a construção de territórios saudáveis, emancipadora, voltada para atuar sobre a determinação social da saúde (SASAKI; RIBEIRO, 2013).

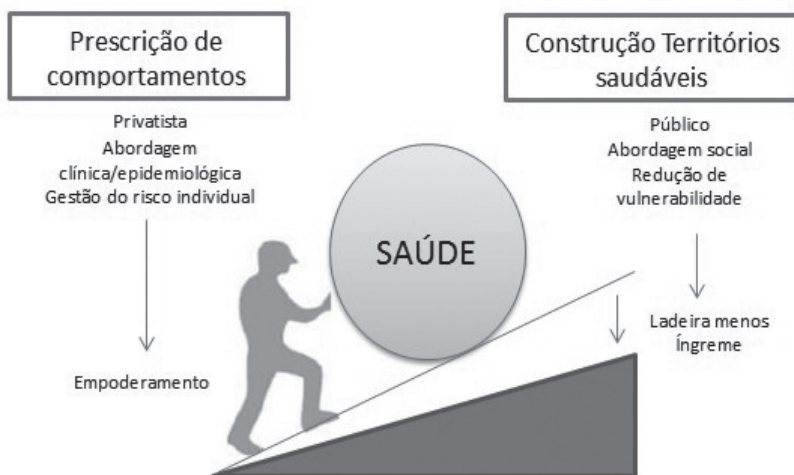
A Figura 4 nos remete ao Mito de Sísifo. Conta-se, pela mitologia grega que Sísifo viu uma grande águia sobrevoando a cidade com uma bela jovem em suas garras. A jovem era Égina, filha de Asopo. A águia era Zeus que a raptava. Sísifo que era o mais astuto dentre os homens, a despeito disso, incorreu em um grande erro que foi contar ao pai da moça o destino da filha, em troca de uma fonte de água para sua cidade, despertando assim a ira de Zeus.

A história é longa, mas o que nos interessa é o castigo a que Sísifo foi submetido. Foi condenado a rolar uma pedra até o cume de uma montanha. Quando a tarefa estava quase cumprida, a pedra rolava abaixo. E todos os dias da eternidade tinha que repetir esse esforço em vão (CASTIEL, 2012).

O Canadá, berço da “nova promoção da saúde”, assumiu como estratégia fundamental de atenção à saúde a primeira concepção, a de empoderar os indivíduos para que possam empurrar sua saúde para cima. Trata-se de uma educação sanitária para mudança de estilos de vida, com ênfase na ação individual, como se a saúde dependesse de cada um e de sua vontade (BRASIL, 2002; POLLAND, 2007).

Como prescrever aos indivíduos comportamentos e estilos de vida quase sempre falha, porque o estilo de vida é produto da cultura e dos grupos sociais, ninguém adere a prescrição. Neste caso, a vítima é culpada por sua enfermidade.

Figura 4: Abordagens de promoção da saúde



Fonte: Adaptado de Moysés (2017)

Parece-me que que por mais esforço ou fortalecido que sejam os indivíduos, o esforço para empurrar sua saúde para cima quase sempre será em vão se não for possível aplainar o terreno ou pelo menos reduzir sua inclinação.

Outra corrente de promoção da saúde, que não põe esforços para prescrever comportamentos e normatizar a sociedade, vai na linha da construção de territórios saudáveis (LIMA, 2016). A abordagem de promoção da saúde, com a criação de territórios saudáveis tem sido mais bem desenvolvida na Europa, a partir da criação da Rede Europeia de Cidades Saudáveis, em 1988, com os seguintes objetivos

(WHO, 2013):

- Promover ações que coloquem a saúde em destaque nas agendas sociais e políticas das cidades.
- Promover políticas e ações em prol da saúde e do desenvolvimento sustentável, a nível local, enfatizando a abordagem aos determinantes da saúde, a equidade em saúde e os princípios das políticas europeias Saúde para Todos e Saúde 2020.
- Promover uma governança intersetorial e participativa para a saúde, a saúde e a equidade em todas as políticas locais e um planejamento integrado para a saúde.
- Gerar especialização de políticas e práticas, resultados positivos, conhecimento e métodos que possam ser usados para promover a saúde em todas as cidades da Região Europeia.
- Promover a solidariedade, a cooperação e relações de trabalho entre cidades europeias, redes de autoridades locais e parcerias com as agências que lidam com as questões urbanas.
- Alargar a acessibilidade da Rede Europeia da OMS a todos os Estados-Membros da Região Europeia.

Enquanto isso, no Brasil, a partir dos anos de 1990, depois da Constituição Federal de 1988 que consolidou os princípios fundamentais do movimento pela reforma sanitária, instituíram-se a Política Nacional de Atenção Básica (2006) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010).

Nestas políticas de saúde, a Estratégia de Saúde da Família foi colocada como prioridade, para reorganizar a atenção à saúde,

para realizar mais que a assistência médica individual; também, proteção, prevenção e promoção da saúde dos indivíduos e das coletividades, de forma integral e contínua, atuando sobre os determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2011, SASAKI; RIBEIRO, 2013).

Mas, há uma dificuldade para que a Estratégia Saúde da Família assuma definitivamente a posição de guardiã dos princípios da promoção da saúde, para exercê-los numa atuação clara sobre a determinação social da saúde, de forma intersetorial e com mobilização social. É que a resistência histórica do modelo biomédico faz permanecerem hegemônicos os aspectos biológicos da doença nas ações e práticas de saúde e a perspectiva individual, a despeito das diretrizes e orientações dos órgãos nacionais e internacionais da saúde prevalece.

Ronzani; Stralen (2003) dizem que dentre os muitos problemas para a efetivação do SUS está a contradição entre suas diretrizes expressas na legislação, com princípios de universalidade, e a realidade política e econômica do Estado neoliberal que abre espaço na saúde para a concorrência de mercado.

Não é possível estabelecer um novo modelo sem desconstruir o velho. Por exemplo, os profissionais de saúde ainda não compreendem muito bem que a estratégia saúde da família, ao lado da assistência individual, deve realizar prevenção e promoção da saúde com abordagens coletivas; e ainda entendem saúde como ausência de doença e confundem prevenção com promoção da saúde.

Em estudo sobre a percepção e a prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Sasaki; Ribeiro (2013) relatam essa dificuldade de entendimento sobre a promoção da saúde.

Promoção da saúde é tudo aquilo que você pode prevenir. [...] é sempre você tá antecipando uma doença, é...você tá avaliando a alimentação do paciente,[...] evitar na verdade a doença, [...]. prevenir essas doenças, diabetes, hipertensão, e outros tipos de doenças [...] (SASAKI; RIBEIRO, 2013, p. 157).

Educação em saúde é destacadamente considerada uma ação de promoção da saúde. O problema é quando a educação em saúde é uma comunicação unilateral, educação prescritiva, voltada para a prevenção contra hábitos e comportamentos ditos não saudáveis e para orientar o tratamento de pacientes e grupos acometidos por patologias específicas.

[...] através de orientações, em grupos realizados na unidade, em visitas domiciliares [...] ela pode ser feita através de orientações, ações educativas, e até mesmo consultas[...] tá sempre ensinando... educando eles a se alimentar melhor, tomar medicação [...] grupo referente a cada tema, pré-diabético, hipertensão, alimentação, alimentação saudável, o que pode evitar ter uma hipertensão, com menos sal, menos gordura, uma comida hipossódica, hipocalórica, nós trabalhamos na saúde muita orientação (SASAKI; RIBEIRO, 2013, p. 158).

De outra parte, os profissionais da saúde estão enredados pela emergência da doença e ainda mais, a formação dos profissionais é voltada para entender e tratar a doença e não para promover a saúde.

[...] porque a lógica é cuidar de quem já tá doente, ou que tem uma situação especial [...] e aquela outra parte de população que seria de... de promover mesmo a saúde, daquela que não tem a doença, fica mais limitado mesmo... nosso atendimento à maioria das pessoas é pra quem já tem a doença (SASAKI; RIBEIRO, 2013, p. 159).

É preciso entender promoção da saúde como uma concepção de saúde holística, que considera a situação de saúde a partir da condição do indivíduo e das populações no lugar onde se vive. Por isso, estamos propondo o resgate do conceito de constituição epidêmica, pela qual a doença resultava de um desequilíbrio da relação entre a constituição do corpo e a constituição do meio ambiente, ou seja, determinação social da saúde (CZERESNIA, 2001).

Para explicar melhor isso e entender promoção da saúde temos que começar o argumento pelas necessidades e problemas de saúde, que são muito mais do que consultas médicas, exames e tratamento das doenças.

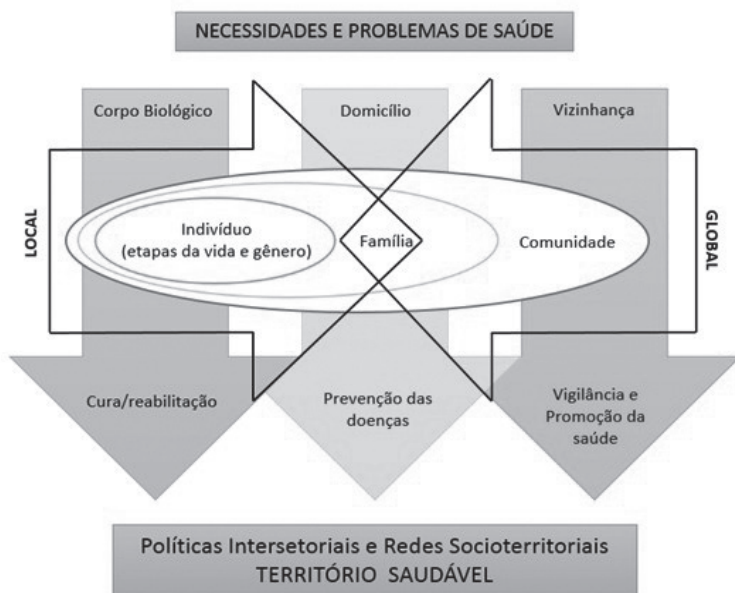
Somente com a compreensão dos problemas e necessidades de saúde, no contexto de vida e trabalho dos indivíduos e das populações, no lugar onde vivem, é possível estabelecer ações de prevenção e promoção da saúde (LIMA, 2016, p. 53).

Analisando os problemas e necessidades de saúde em 3 escalas de observação (Figura 5) , na escala do corpo biológico os problemas de saúde realmente referem-se às doenças. A assistência ao paciente, que põe foco no indivíduo, deve colocar a disposição dos profissionais de saúde todo o arsenal de tecnologias biomédicas que se fizerem necessárias para o diagnóstico e a cura, mas a decisão de qual terapia utilizar para o tratamento da doença não pode ser influenciada pela indústria farmacêutica ou de equipamentos.

Mesmo que a doença se manifeste no corpo, para melhor entender a doença, que tem uma história, é preciso contextualizá-la, por exemplo, a cura e reabilitação do indivíduo podem variar com o gênero e as etapas da vida. Também, não basta olhar só para dentro do corpo, deve-se também entender como esse corpo é afetado pelas condições ambientais (LIMA, 2016).

A segunda escala de observação é a família. Políticas sociais e políticas de saúde baseadas no cuidado da família, qualquer que seja sua tipologia ou estrutura, vêm sendo sugeridas pelo SUAS (Sistema Único de Assistência Social) e pelo SUS (Sistema Único de Saúde), cujo objeto de intervenção não são os indivíduos mas a própria família, como um espaço de relações sociais.

Figura 5: Necessidades e problemas de saúde em três escalas de observação



Fonte: LIMA (2016)

Precisamos olhar para a família, para os indivíduos na relação familiar e não cada indivíduo separadamente. Embora a Estratégia Saúde da Família tenha sido proposta para substituir a forma tradicional de atenção à saúde, para assistir os indivíduos no contexto da família, considerando a vida cotidiana e

doméstica, infelizmente, o que ocorre é que as ações das unidades de saúde da família continuam a realizar assistência individual, reproduzindo os antigos modelos de posto de saúde, limitando-se à prática curativa (RONZANI; STRALEN, 2003).

Serapioni (2005) diz que a família representa a unidade básica de atenção à saúde; ou seja, o primeiro nível de atenção à saúde.

Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive... As ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompa os muros das unidades de saúde e enraíze-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam (BRASIL, 1997, p.8)

Entretanto, o processo de trabalho das Unidades de Saúde da Família continua definido por programas verticalizados, fragmentando as ações por patologias, fatiando a população (mulheres, crianças, idosos), com assistência individual, não considerando o contexto do grupo familiar. O mesmo foi dito por Vasconcelos (2000) com relação às políticas sociais, que a grande maioria das políticas para o atendimento individual, desconsidera o universo familiar e comunitário em que vivem.

Costa Neto (2000) diz que a família representa a confluência das realidades vividas pelos indivíduos que não representa apenas o somatório de comportamentos individuais, mas o contexto de um processo integrado, em permanente evolução de cada um, sempre na relação com o outro; diz também que a família deve ser vista como parte integrante do sistema social (lazer, escola, religião, cultura, política e outros).

Deste modo, a Estratégia Saúde da Família deveria

ultrapassar a abordagem individual e considerar os contextos familiares e a vida comunitária, ou seja, deveria cuidar da família; mas faltam definições teóricas e práticas para orientar as ações de saúde que tenham essa visão sistêmica e ecológica da família (CARNEIRO et al., 2007).

A terceira escala de observação é a comunidade e a ação é sobre a população, no contexto do território. É nesta escala que se configura a promoção da saúde, como estratégias que atuam sobre os determinantes sociais da saúde, bem como a vigilância, que identifica contextos desfavoráveis à saúde.

Isto se torna importante porque as políticas nacionais de saúde, em especial a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010), a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), e a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2010) orientam que a atenção à saúde não enfoque somente as ações para tratar e prevenir doenças, mas também em ações de promoção da saúde.

Ainda que sejam importantes a assistência e o tratamento das doenças, porque quem está doente tem pressa, é necessário reconhecer os limites da atenção individual para a resolução dos problemas e necessidades de saúde de uma população, que se relacionam ao contexto da vida cotidiana (LIMA, 2016, p. 16).

Então, de que promoção da saúde nos interessa falar? Certamente, de uma promoção da saúde que se aproxime da teoria da constituição epidêmica, que considere o contexto de vida dos sujeitos. É exatamente isso que propõe a Política Nacional de Atenção Básica que estabelece, em um dos seus princípios, que o cuidado à saúde deve ser estabelecido à população de um território definido, considerando as singularidades de sua inserção

sociocultural, com integralidade e de maneira democrática e participativa (BRASIL, 2011).

Seguindo essa orientação, promoção da saúde nada tem a ver com a prescrição de comportamentos ou estilos de vida saudáveis, configurada em ações normativas e discursos coercitivo.

Relaciona-se diretamente com a possibilidade de mudança de contextos de vida, para os quais se deve pensar sobre os determinantes sociais da saúde, para a intervenção. Portanto, promover saúde significa não só prover os cuidados de saúde, mas fundamentalmente melhorar as condições de vida da população.

Dahlgreen; Whitehead (2006) dizem que a condição de saúde das populações está diretamente relacionada às condições sociais e que isso determina suas chances de ser saudável. Dizem ainda que as desigualdades em saúde são iniquidades quando estas desigualdades são injustas e evitáveis.

O modelo explicativo de Dahlgreen; Whitehead (2006) para os determinantes da saúde, configurado em camadas concêntricas, mostra na camada mais interna que a constituição biológica dos indivíduos como idade, sexo e características genéticas têm influência sobre sua saúde, mas sobre esses fatores está o estilo de vida, que de maneira nenhuma é uma opção de escolha deliberada dos sujeitos, está determinado por hábitos e costumes, bem como pelas normas sociais estabelecidas nas redes sociais e comunitárias. Sobre esses fatores estão as condições de vida e trabalho, habitação, alimentação, acesso a bens e serviços essenciais, saneamento ambiental, educação, acesso aos serviços de saúde, que por sua vez estão determinados pelas condições

gerais da economia, da cultura e do ambiente (Figura 6).

Figura 6: Modelo da determinação da saúde adaptado de Dahlgreen e Whitehead (2006)



Fonte: Ceballos (2015)

Lima (2016) considera que para promover saúde o serviço de saúde deve se ocupar, não só com o tratamento da doença (abordagem curativa), nem só com a prevenção (abordagem epidemiológica), mas também com os determinantes sociais da saúde (abordagem social), que se relacionam as condições de vida e trabalho. Devem-se identificar os problemas de saúde da população, a partir da compreensão do processo histórico que constrói o desenvolvimento econômico, social e político das

populações e dos lugares, considerando, para além da doença e do corpo, as relações sociais que determinam o processo saúde-doença. Está claro que a maioria dos serviços de saúde municipais não está preparada para isso.

Cabe discutir aqui o importante papel dos agentes comunitários de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que têm como trabalho principal desenvolver ações educativas para que a população possa reconhecer com autonomia sua condição, individual e coletiva, no contexto de seu território.

Maciazeki-Gomes et al. (2016) dizem que a base do trabalho do Agente Comunitário de Saúde deve ser a Educação Popular em Saúde (EPS), inspirada na Educação Popular de Paulo Freire, que deve considerar contexto de vida dos sujeitos, que pode favorecer ou não as transformações do modo de vida, para se obter saúde, atuando para que isso efetivamente ocorra, sob a ótica da prevenção e da promoção da saúde.

“O Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenha papel de mediador entre os saberes técnicos e populares, entre equipe de saúde e comunidade. Ao mesmo tempo em que faz parte da equipe de saúde, também faz parte da comunidade; ao mesmo tempo em que seu exercício é para comunidade, é também da comunidade; ao mesmo tempo em que se alimenta de saberes técnico-científicos, também está embebido da cultura local de saúde” (MACIAZEKI-GOMES et al., 2016, p. 1638).

Mas, os Agentes Comunitários de Saúde fazem parte de uma equipe, cujo processo de trabalho não é definido por eles mesmo, mas pela enfermeira, coordenadora da equipe e por estratégias estabelecidas pelos gestores da hierarquia superior das secretarias municipais de saúde. Deste modo, urge que se

estabeleçam ações de Educação Permanente em Saúde, conforme orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), não só para os trabalhadores que atuam diretamente com a população, mas principalmente para os gestores, para que se possa efetivamente implantar um modelo de atenção à saúde que seja capaz de realizar prevenção e promoção da saúde, considerando as reais necessidades da população em seu território.

2

A CONSTRUÇÃO DE TERRITÓRIOS SAUDÁVEIS

Não é fácil conceituar cidade saudável, mas é uma necessidade. Se quisermos construir um melhor lugar para se viver, esse é o ponto de partida. Cidade saudável não existe, é a utopia desejável; mas, há cidades doentes que adoecem as pessoas que nelas vivem ou por elas passam.

Cidade saudável é definida por um processo e não por um resultado. Uma cidade saudável não é aquela que alcançou um determinado estado de saúde, mas aquela que tem um compromisso com a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos e se esforça por alcançar essa condição, a partir de uma clara intenção de fazer e um projeto a realizar. A OMS adotou a definição de cidade saudável de Hancock e Duhl (1986), citada por Westphal (2000).

Uma cidade saudável é aquela que continuamente cria e melhora os seus ambientes físicos e sociais e expande os recursos da comunidade que permitem que as pessoas a apoiar-se mutuamente na realização de todas as funções da vida e desenvolver o seu potencial máximo (WESTPHAL, 2000, p. 43).

Benjamin Richardson, em 1875 já propunha um modelo de cidade saudável, que chamou de Hygeia (RICHARDSON, 2005).

O autor reconhecia que seu modelo era utópico e não esperava que suas ideias e de outros sanitaristas da época como Chadwich fossem aceitas imediatamente, mas tinha a convicção que no futuro os críticos de suas ideias haveriam de reconhecê-las.

Finalmente isso aconteceu. Recentemente, a ideia de cidades saudáveis ressurgiu nos debates produzidos pelas Conferências Internacionais da Saúde patrocinadas pela OMS, como uma das estratégias de promoção da saúde, que visa a melhoria da qualidade de vida, atuando sobre os determinantes sociais da saúde da população, em um dado lugar.

A construção da cidade saudável começa quando o poder público, a sociedade civil e os cidadãos estão comprometidos com a contínua transformação da cidade, em busca da melhoria da qualidade de vida, por melhores condições de saúde, de educação e um ambiente limpo e equilibrado, reforçando a participação social, ação comunitária e solidária e governança intersetorial (OMS 1978; OMS 2010).

Os gestores públicos precisam pensar que a cidade deve oferecer aos cidadãos moradia adequada, segurança pública, água potável, saneamento ambiental, ambiente limpo, trabalho, saúde, educação e mobilidade urbana, diversos serviços, incluindo os serviços de saúde. Construir um lugar adequado para se viver é obrigação dos governantes.

Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva (OMS, 1978, p.1).

“É necessário investir cada vez mais para evitar que as pessoas adoçam. A prevenção não é um custo, mas um investimento com lucro certo” (VERAS, 2012, p.1835). Construir cidades saudáveis não custa mais caro que construir cidades não saudáveis, entretanto é necessário mais que o desejo, é preciso um projeto com abordagem holística, que considere aspectos variados sobre os ambientes físicos, bioquímicos, socioeconômicos e psicossociais da vida moderna (ACHER, 1988).

Mas, a construção da cidade não é só obrigação dos governantes. A cidade é do cidadão, por isso ele deve participar de sua (re)construção para construir a cidadania. Segundo Fleuri (2004), *“a construção da cidadania, neste sentido, passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades”*.

Capacitar o cidadão para influir na construção de uma cidade mais saudável é um conceito de promoção da saúde, que ganha materialidade quando estabelecemos estratégias para que cada um possa cuidar de sua própria saúde, da saúde de sua família e do lugar onde vive, como proposto da Carta de Ottawa (BRASIL, 2002).

Heritage e Dooris (2009) reconhecem que participação e empoderamento da comunidade são os princípios fundamentais que embasam o movimento cidades saudáveis da Rede de Cidades Saudáveis Europeia. Os autores apresentam uma visão geral da teoria e dos principais resultados alcançados pelas cidades da rede.

Para começar a construir cidades saudáveis, precisamos mais que vontade de fazer, precisamos de um conceito e um projeto. Neste capítulo, mesmo que não consigamos traçar o caminho, queremos dar a direção. Prevenção e promoção da

Saúde são as chave para a construção de cidades saudáveis.

Construção de cidades saudáveis é uma das estratégias de promoção da saúde. Foi isso que Lalonde (1974) concluiu quando dizia que a melhoria do nível de saúde dos canadenses dependia de investimentos para melhorar as condições ambientais, mudanças de estilo de vida e reorganização dos serviços de saúde. Lalonde reconheceu que a saúde dos sujeitos não depende só da biologia do corpo, que representa apenas um dos elementos fundamentais do campo da saúde.

O Relatório Lalonde sustenta que para alcançar melhorias na saúde das populações é necessário olhar para além da perspectiva biomédica clássica centrada na gestão da doença, incluindo os seus “grupos de risco”, acentuando a importância dos comportamentos das pessoas e dos efeitos do meio ambiente sobre a sua saúde (SANTOS et al., 2010, p. 3).

A repercussão do Relatório Lalonde (1974) foi grande, não só no Canadá, mas em todo o mundo, permitindo que fossem discutidos e elaborados os primeiros ensaios sobre promoção da saúde e a construção de cidades saudáveis, com o sentido que hoje concebemos.

Esses temas foram, então, debatidos nas conferências internacionais da saúde que se seguiram, a começar por Alma-Ata (1978), apresentando as bases conceituais mais gerais dessa estratégia nos cuidados primários à saúde, contrapondo-se a medicina medicalizante e hospitalocêntrica, abrindo o debate sobre as determinações sociais da saúde, dizendo que a saúde depende menos da biologia do corpo e mais das condições de vida e do lugar onde se vive (OMS, 1978).

Outro aspecto que se pode ressaltar em Alma-Ata como

fundamento para a ideia de construção de cidades e territórios saudáveis é a integralidade da atenção à saúde, tendo em vista que os cuidados primários devem ser definidos a partir dos principais problemas e necessidades de saúde da população.

Efetivamente, os níveis de saúde de uma população são determinados e condicionados, por diversos fatores, dentre eles alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais, que expressam não só a condição individual de cada pessoa, mas a organização social e econômica do lugar onde se vive (BRASIL, 1990).

Buck (1996), considerando os quatro elementos do conceito de campos da saúde apresentados no relatório Lalonde, concluiu que o mais importante seria construir ambientes saudáveis. Se o território não é adequado à saúde, a biologia humana, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde também não serão adequados.

Então, o que são os problemas e as necessidades de saúde de uma população é a primeira pergunta que se deve fazer. Labonte (1996) relata uma oficina com médicos e outros profissionais da saúde para discutir um modelo de planejamento de saúde comunitária, na qual se pediu aos participantes que indicassem três problemas de saúde mais importantes de suas respectivas comunidades. Depois de arrolar os problemas apresentados, eles foram classificados em três categorias: médicos, saúde pública e socioambientais (Quadro 2).

Quadro 2: Principais problemas de saúde apresentados por profissionais de saúde

Médicos	Saúde Pública	Socioambientais
Doenças de transmissão sexual	Consumo de tabaco	Pobreza
Cardiopatias	Abuso de substâncias	Desemprego
Hipertensão	Toxicomanias	Stress
Diabetes	Abuso de álcool	Contaminação
Obesidade	Mal nutrição	Ameaça nuclear
Doenças mentais	Falta de atividade física	Déficit habitacional
Desnutrição aguda	Deficiente manejo do stress	Envelhecimento
Doenças infecciosas	Sexo pouco seguro	Violência familiar
Hepatite B	Gravidez na adolescência	Condições de moradia e trabalho perigosas
Infestações de baratas	Escassa capacidade dos pais	Agressão conjugal
Artrites	Suicídio	Isolamento, solidão
Acidentes		
Aids		

Fonte: Labonte (1996)

Na categoria de problemas médicos estão as doenças. As ações que se podem indicar são tratar os doentes e prevenir que a doença se agrave e que o sujeito morra. Na categoria dos problemas de saúde pública, podem-se estabelecer programas de prevenção, ou seja, as pessoas não estão doentes, mas podem adoecer por causa destes problemas de saúde. Para a categoria de problemas socioambientais, se devem pensar ações de políticas públicas saudáveis e territórios saudáveis que favoreçam a saúde

e o bem-estar, o que certamente exigirá mais que o trabalho dos profissionais de saúde; depende de ações intersetoriais e o envolvimento da própria comunidade para a solução dos problemas. A isso podemos chamar de promoção da saúde.

Na conferência de Ottawa (1986), definiram-se 5 campos de ação para a promoção da saúde: estabelecimento de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde (BRASIL, 2002).

a) Políticas públicas saudáveis

Políticas públicas saudáveis se estabelecem com *Gestão municipal com ações intersetoriais* e *Participação social*. Portanto, deve-se governar a partir de um projeto de cidade que vise a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, a partir de políticas saudáveis, ou seja, considerando a saúde em todas as políticas públicas, conforme sugerido na Carta de Ottawa e reforçado pela Conferência Internacional da Saúde de Adelaide (2010), saúde em todas as políticas, no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar (OMS, 2010).

Devem-se, também, criar mecanismos de participação e espaços de diálogos com as organizações da sociedade civil: igrejas, sindicatos, empresas, conselhos profissionais, clubes de serviços, ONGs e associações para que a sociedade não somente seja ouvida, mas participe do processo de decisão, definindo prioridades, ajudando a planejar e a realizar as ações.

b) Ambientes saudáveis

A criação de ambientes limpos e seguros que protejam a saúde é um dos fundamentos da promoção da saúde. Mas,

deve-se considerar que o ambiente não é somente físico-biológico, reconhecendo os aspectos socioeconômicos, culturais e psicológicos dos ambientes da família, do trabalho, da escola, ou seja, do lugar onde se vive. Segurança pública, também, é um aspecto importante dos ambientes saudáveis.

c) Desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas

É preciso desenvolver habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida, que ajude a prevenir doenças e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade e construir territórios saudáveis. A tarefa de cuidar da saúde dos indivíduos torna-se mais fácil quando eles estão capacitados a reconhecer os seus problemas e necessidades de saúde e se empenham por ela.

A relação dos profissionais de saúde com os indivíduos deve ser dialógica e não de mera prescrição, para que estejam capacitados a fazerem boas escolhas para sua saúde. Para que os indivíduos possam participar ativamente do processo de construção de ambientes saudáveis, que não é tarefa só do poder público, deveríamos adotar o seguinte lema: cada um cuidando de sua própria saúde, da saúde de sua família e do lugar onde vive. De outra parte, é preciso capacitar os indivíduos para a vida comunitária.

d) Capacitação da comunidade

Refere-se à capacitação dos indivíduos para compreender os determinantes sociais da saúde para buscar coletivamente soluções para prevenir doenças e melhorar a qualidade de vida da comunidade, com autonomia e solidariedade, o que pode se definir pelo conceito de empowerment.

Os tempos modernos que produziram a ciência fragmentada, baseada no conceito de separação das partes, produziu o isolamento dos indivíduos, cada um buscando o seu próprio interesse. A busca do bem individual passou a prevalecer sobre o bem coletivo. Para promover a saúde é preciso capacitar os indivíduos para a participação social, para buscar o bem comum, para a solidariedade.

e) Reorientação dos serviços de saúde

Por causa da hegemonia do modelo biomédico, as unidades de saúde estão organizadas com processos de trabalho estabelecidos para reconhecer e tratar as doenças mais do que preveni-las e promover a saúde. Reorientar os processos de trabalho nas unidades de saúde para realizar ações de prevenção e promoção, a partir do reconhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população nos territórios da Atenção Básica, essa é a ordem.

Kickbusch (1996) diz que promoção da saúde atua sobre a população como um todo, no contexto da vida cotidiana, e não sobre os indivíduos ou grupos que correm o risco de sofrer determinadas doenças e deve influir sobre os determinantes da saúde.

Promoção da saúde também se faz com mobilização social e articulação intersetorial. A saúde dos indivíduos deve ser responsabilidade, primeiramente de cada um, e a saúde de cada um responsabilidade de todos. Por isso, os serviços de saúde devem incluir cada um e todos no esforço pela melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

Ao mesmo tempo, quando se reconhecem os determinantes sociais da saúde, que devem ser suprimidos ou atenuados, percebe-se que o setor saúde não pode fazer tudo para a melhor

qualidade de vida da população. Somente a partir de um esforço conjunto e coordenado dos diversos setores da governança municipal, como educação, cultura, desenvolvimento social, saneamento básico, esporte e lazer, planejamento urbano, saneamento ambiental é possível promover a saúde. Cabe ao setor Saúde coordenar as ações intersetoriais e de mobilização social para promover saúde.

Depois de Ottawa, a primeira conferência mundial sobre promoção da saúde patrocinada pela OMS, os princípios dessa estratégia foram sendo desenvolvidos nas conferências internacionais de promoção da saúde que se seguiram: Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009) e Helsínque (2013).

Outras conferências internacionais da saúde devem ser mencionadas, pela importância que tiveram na definição dos princípios e diretrizes de promoção da saúde e a construção de cidades saudáveis. É o caso do Encontro Internacional sobre a Saúde em Todas as Políticas, realizado em Adelaide (2010) que enfatizava a importância da determinação social da saúde e a necessidade de uma governança intersetorial. “Isso se dá porque as bases da saúde e do bem-estar se encontram fora do setor saúde, sendo formadas social e economicamente” (OMS, 2010, p.1).

Também, a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais realizada no Rio de Janeiro (2011) reconheceu que as iniquidades em saúde eram injustas e em grande parte evitáveis.

As iniquidades em saúde são causadas pelas condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, as quais recebem a denominação de determinantes sociais da saúde. Esses determinantes incluem as experiências do indivíduo

em seus primeiros anos de vida, educação, situação econômica, emprego e trabalho decente, habitação e meio ambiente, além de sistemas eficientes para a prevenção e o tratamento de doenças (OMS, 2011).

Ackerman et al. (2002) estabeleceram alguns princípios para avaliar as iniciativas de promoção da saúde, com critérios que não estejam centrados em aspectos biológicos e na prevenção de doenças através da redução de riscos individuais:

- **Participação:** *deve envolver, de uma maneira apropriada, em cada estágio da avaliação, todos aqueles que têm interesse legítimo na iniciativa que está sendo avaliada.*
- **Múltiplos métodos:** *deve ser delineado utilizando-se elementos de vários campos disciplinares, lançando mão de vários procedimentos para coletar dados, assegurando que seja utilizado um mix de informações relacionadas ao processo e resultado.*
- **Capacitação** (*capacity building*): *deve aprimorar a capacidade de indivíduos, organizações e governos de equacionar relevantes problemas de promoção da saúde.*
- **Adequabilidade** (*appropriateness*): *deve ser planejada levando-se em conta a natureza complexa da intervenção e o seu impacto de longo prazo.*

Podemos olhar a realidade de diferentes modos e por diferentes ângulos. Se nos aproximamos, podemos ver coisas que não víamos antes e deixamos de ver coisas que para ver temos que abrir o foco do nosso olhar. Nossos olhos conseguem mudar o foco para ver perto e longe, mas algumas vezes precisamos de instrumentos com lentes de aumento e capacidade para variar o foco, tanto para ver coisas muito grande que estão distantes,

quanto para ver coisas muito pequenas e microscópicas. Se olharmos perto, a realidade nos apresenta com elementos que não podemos ver quando olhamos ao longe, e vice-versa. Nossas teorias são lentes, pelas quais vemos o mundo, mas ainda assim precisamos de métodos de investigação que nos permitam análises multiescalares (LACOSTE, 1988).

Ao olhar a cidade, podemos vê-la como um todo, sem deixar de enxergar as conexões que se estabelecem com outras cidades, com a região, com o país e com o mundo cada vez mais globalizado. Mas, também é preciso voltar os olhos para o pequeno território da vizinhança e do bairro, com um olhar mais aproximado e com foco na vida cotidiana das pessoas.

2.1 Na escala das infraestruturas urbanas

Inicialmente, vamos olhar para algumas características da cidade que devem ser consideradas para análise da qualidade de vida, a partir do conceito de promoção da saúde, para a construção de uma cidade saudável: tamanho, crescimento, adensamento, exclusão social, serviços, saneamento ambiental, mobilidade, espaços públicos, arborização urbana e parques.

O tamanho e o crescimento da cidade podem impactar negativamente na qualidade de vida e saúde das pessoas. Isto se torna mais importante porque a partir de 2007 mais da metade da população mundial passou a viver em cidades. Segundo a ONU, 54% da população é urbana e, aproximadamente, metade destes cidadãos urbanos vivem em cidades com menos de 500 mil habitantes e cerca de 25% vivem em cidades com mais de 10 milhões de habitantes. Estima-se que em 2050 cerca de 70%

de uma população de 9 bilhões de pessoas estará vivendo nas cidades. O Brasil é um dos países mais urbanos do mundo. Em 2010, a taxa de urbanização da população brasileira era de 84,4% (ONU BR, 2015).

A maioria das cidades grandes, principalmente nos países não desenvolvidos têm problemas com congestionamento de trânsito, tempo excessivo para os deslocamentos, poluição, degradação ambiental e periferização com condições inadequadas de vida para a população.

As cidades do mundo antigo chegaram a ser grande metrôpoles, com mais de um milhão de habitantes, mas na idade média as cidades encolheram (GIBBON, 2005). Depois disso, a primeira onda de urbanização ocorreu na América do Norte e na Europa ao longo de dois séculos, de 1750 a 1950, quando a população chegou a crescer 2,5% ao ano. Também, surgiram novas cidades, a partir do fortalecimento da burguesia comercial. Da aliança entre o rei e a burguesia se deu a constituição de estados nacionais absolutistas, com uma nova ordem social, na qual a cidade era o lugar do comércio e de refúgio para os artesãos e camponeses que fugiam da escravidão (MARTINE, 2007).

... as cidades, já na primeira fase do capitalismo - período mercantil - tornaram-se centros da vida social e política da Europa, pois a produção agrícola e a propriedade fundiária deixaram de ser os pontos de apoio da economia, assim como a aristocracia perdeu para a burguesia seu papel preponderante na gestão do processo social. A força das cidades, como espaço de sustentação da nova ordem econômica, social e política pode ser observada pela riqueza monetária, científica e artística que se acumulou nas cidades modernas nesse período também denominado Renascimento (ESPÓSITO, 2000, p. 40-41).

A população mundial até o ano de 1850 crescia de forma mais lenta e cerca de 2,5% das população vivia em cidades. Com o advento da revolução industrial na Europa, provocando o êxodo rural necessário à constituição de uma mão de obra excedente como “exército industrial de reserva”, as cidades passaram a crescer mais e muito rapidamente, quando algumas delas passaram a ter mais de um milhão de habitantes (POINTING, 1995).

Paulo (2010) diz que com esse crescimento populacional acelerado necessário ao desenvolvimento industrial, a urbanização foi realizada às pressas, desrespeitando as leis, o meio ambiente e criando um lugar insalubre para se viver.

Até o início do século XX, dois terços da população urbana mundial estava na Europa, América do Norte, Ásia e Austrália, mas atualmente só um terço. Durante o Século XX os países pobres e subdesenvolvidos do hemisfério sul tomaram a dianteira do crescimento da urbanização, com a população urbana crescendo a 3,0% ao ano até 1940 e depois 4,0%, e em alguns países até 5% ao ano (PONTING, 1995).

As cidades continuam crescendo, principalmente nos países menos desenvolvidos da África, Ásia e América do Sul, num ritmo em que a construção das infraestruturas e da oferta de serviços não é capaz de acompanhar. Mas, é ingênuo achar que só porque as cidades crescem muito rapidamente, seria natural que ocorresse exclusão social e segregação socioespacial das populações mais pobres nas periferias sem infraestrutura urbana, sem acesso a serviços essenciais, em lugares que não são capazes de oferecer melhor qualidade de vida e de saúde.

Rolnik (2002) diz que a precariedade da periferia pobre tem

a ver com o modo de funcionamento da cidade como um todo; e há um mecanismo de exclusão social na gestão das cidades baseado em três elementos: a estratégia da distribuição dos investimentos, a regulação urbanística e a gestão urbana. Isto produz uma segregação socioespacial, como se tivéssemos duas cidades em uma: a cidade dos ricos e a cidade dos pobres. Na cidade dos ricos, os pobres só podem ir para trabalhar, porque para morar lá é preciso ter dinheiro.

Em Maputo, capital de Moçambique diz-se que há a cidade de concreto e a cidade de caniço. No Rio de Janeiro temos o morro e o asfalto, num contraste muito forte entre a cidade bem urbanizada e a cidade da pobreza e vulnerabilidade social, onde a infraestrutura é incompleta.

Essa estrutura apresenta-se no território sob várias morfologias: nas imensas diferenças entre as áreas centrais e as periféricas das regiões metropolitanas de São Paulo ou Belo Horizonte; na ocupação precária do mangue em contraposição à alta qualidade dos bairros da orla, em muitas cidades de beira mar; na eterna linha divisória entre o morro e no asfalto no Rio (ROLNIK, 2002, p. 55).

Cidades saudáveis devem ser mais justas, menos iníquas, por isso é preciso que se tenham políticas públicas de acesso a cidade, para todos; que haja prioridade para o acesso legal e formal à terra e à habitação; que a gestão urbana priorize investimentos orçamentários para regularização fundiária e urbanização nas áreas desprovidas de infraestruturas e serviços.

Por outro lado, a sociedade civil organizada, os movimentos sociais, a participação popular e o controle social da gestão pública, das políticas e do orçamento podem ajudar a alinhar a

governança para a construção de uma cidade para todos. Não é possível construir cidades saudáveis sem atacar o problema da exclusão social, mas para isso devem-se ter intenção e projeto.

No Brasil, o Estatuto da Cidade, em seu Art. 2º, diz que a política urbana tem por objetivo ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e da propriedade urbana, definindo diretrizes gerais, dentre elas, o que está previsto no inciso 4:

planejamento do desenvolvimento das cidades, da distribuição espacial da população e das atividades econômicas do Município e do território sob sua área de influência, de modo a evitar e corrigir as distorções do crescimento urbano e seus efeitos negativos sobre o meio ambiente (BRASIL, 2008).

O Estatuto da Cidade prevê que os Municípios devem realizar um planejamento urbano que permita o controle do uso do solo, de forma a evitar, dentre outros problemas, a edificação ou usos excessivos e inadequados em relação à infraestrutura; a instalação de empreendimentos ou atividades que possam funcionar como polos geradores de tráfego, sem a previsão da infraestrutura correspondente; a retenção especulativa de imóvel urbano, que resulte na sua subutilização ou não utilização; a deterioração das áreas, a poluição e a degradação ambiental (BRASIL, 2008).

De modo geral, as cidades brasileiras crescem guiadas por uma lógica conduzida pela especulação imobiliária. Por isso, ao lado de áreas intensamente adensadas, há desconcentração urbana, com vazios demográficos e áreas a espera de valorização, tomando a terra urbana como reserva de valor, deixando de lado sua função social. São construídos loteamentos e conjuntos residenciais populares, distantes do centro da cidade, mantendo

vazios urbanos entre a área central e a periferia.

Essa desconcentração urbana sobrecarrega e encarece os sistemas de transporte, dificultando a mobilidade urbana e o acesso aos serviços públicos e privados essenciais.

Por outro lado, a racionalidade do adensamento das áreas urbanas prevê um limite, além do qual aparecem problemas que também dificultam a mobilidade urbana, com congestionamento de trânsito, falta de vagas de estacionamento, além da poluição pelo excesso de automóveis nas vias públicas.

Decididamente, esse assunto deve ser objeto do planejamento urbano, que deveria decidir o modelo de crescimento urbano das cidades, adensando ou desconcentrando as atividades e a população, para criar cidades saudáveis e sustentáveis.

Para cidades de mais de 20 mil habitantes, o Estatuto da Cidade determina que o Plano Diretor, que deve ser aprovado pela Câmara Municipal, é o instrumento básico da política de desenvolvimento e de expansão urbana.

O planejamento urbano que prioriza o adensamento deve ser pensado juntamente com o plano de mobilidade urbana, porque se o transporte de pessoas é, preferencialmente motorizado, em carros individuais, os congestionamentos podem parar a cidade. Por outro lado é preciso concentrar não somente as pessoas, mas também suas atividades cotidianas, para reduzir as distâncias dos deslocamentos.

Nas grandes cidades, o deslocamento diário dos sujeitos para o trabalho, para a busca de serviços ou mesmo para o lazer pode significar dezenas de quilômetros, horas e grande desgaste físico. Nestes casos há uma total separação entre o lugar de morar e de trabalhar. Não só a saúde das pessoas fica prejudicada, pelo

stress, mas também a economia do país e das empresas com a redução da produtividade, pelos atrasos e por que o trabalhador já chega cansado ao trabalho.

A solução para esse problema seria planejar a criação de subcentros comerciais e de serviços, com oferta de emprego e oportunidades de geração de renda, para que se possa trabalhar, fazer compras, buscar serviços bancários e serviços públicos mais próximos do local de residência, para minimizar a necessidade de deslocamentos constantes. Já há no Brasil experiências de criação de bairros com este conceito.

Em Uberlândia, há um empreendimento imobiliário chamado Granja Marileusa, inserido numa lógica de mercado para a classe média alta, que traz como conceito urbanístico, a integração dos espaços de morar, consumir, trabalhar e de lazer, com ciclovias, espaços públicos de convivência, praças e parques. Ao mesmo tempo, este novo bairro está plenamente integrado ao centro da cidade e aos outros bairros por vias de acesso e de fluxos rápidos.

Segundo Micheloto (2014), a concepção urbanística do bairro Granja Marileusa, sob os princípios da sustentabilidade, está baseada em cinco pilares: urbanidade, convivência, meio ambiente, mobilidade e segurança. Este é o conceito de cidades inteligentes.

Leite (2015) diz que no século XXI, em todo o mundo buscam-se soluções para se estabelecer nas cidades territórios inteligentes, com núcleos urbanos mais compactos, densos e multifuncionais bem conectados, para que os deslocamentos cotidianos sejam menores. Portanto, a criação de novos bairros e a reconfiguração dos atuais bairros e territórios deve basear-se nos conceitos de multacentralidades multifuncionais.

As soluções inteligentes para as cidades partem de uma análise e proposições integradas para apresentar um planejamento em relação às questões de mobilidade urbana, energia, tecnologia e inovação; sociedade inteligente e participativa, resiliência e segurança; ambiente sustentável; governança e economia. As soluções devem focar aspectos que resultem em melhorias das condições de habitação, saúde e educação, no campo das ações sociais, bem como na oferta de infraestrutura e de serviços prestados pelos governos locais (FINGUERUT; FERNANDES 2015, p. 57).

No Brasil, as cidades com mais de 500 mil habitantes devem elaborar um plano de transporte urbano integrado, compatível com o plano diretor ou nele inserido (BRASIL, 2008).

Não haverá racionalidade para a mobilidade urbana se os sistemas de transportes não forem pensando na intersetorialidade, com a articulação das políticas públicas de ordenamento do uso do solo, de habitação, de desenvolvimento social e econômico.

O carro ainda é um símbolo de status e ascensão social. Alia-se a isso a precariedade dos transportes públicos e as políticas de incentivo à indústria automobilística, porque estão no centro de uma cadeia produtiva que sustenta a economia do país e gera empregos. O resultado é uma frota de carros desmedida transitando diariamente, produzindo congestionamentos nas avenidas e ruas da cidade. Com essa prioridade dos transportes individuais sobre o transporte coletivo, as cidades, literalmente, estão parando.

A média de congestionamentos no centro expandido em São Paulo em 2016 foi de 58 km, índice 12% menor que os 66 km medidos nas vias centrais em 2015. Em 2017, a tendência continua, de diminuir a velocidade dos deslocamentos por carro (ESTADÃO, 2017).

É necessário e urgente quebrar o paradigma da cultura de valorização do automóvel e, ao mesmo tempo implementar ações que estimulem uma mobilidade urbana baseada em modos coletivos e não motorizados (KNEIB, 2012).

Para isso, torna-se fundamental investir em sistemas de transporte coletivo que ofereça conforto, maior rapidez e segurança no trânsito, para que o cidadão prefira deixar o seu carro na garagem. Nas áreas com grande concentração de comércio e serviços, que podem concentrar um grande número de viagens (geradas e atraídas) deve-se pensar em melhorar e ampliar o transporte de massa, BRT, VLT, metrô, com integração dos modais de transito. A faixa exclusiva de ônibus nas vias urbanas é uma medida simples e barata, que não demanda grandes investimentos e melhora de imediato a fluidez do trânsito.

A bicicleta é um meio de transporte alternativo para cidades saudáveis e sustentáveis que pode promover inclusão social, redução da poluição do ar e melhoria da saúde da população. Para que a bicicleta seja mais usada na cidade como meio transporte para deslocamentos cotidianos, é preciso pacificar o conflito entre motoristas e ciclistas, com educação para o trânsito e estabelecer ciclofaixas e ciclovias.

A caminhabilidade (walkability) é outra possibilidade de transporte alternativo para cidades saudáveis porque, além de ser econômico diminui os impactos ambientais pela redução da poluição sonora e das emissões de CO₂ na atmosfera, quando reduz a quantidade de veículos motorizados trafegando nas vias públicas, considerando, ainda, que caminhar a pé, reduz a inatividade física e o sedentarismo que produzem riscos a saúde e podem estimular maior vínculo entre os sujeitos e o seu território, com apreciação das qualidades urbanísticas do lugar

(BROWNSON et al., 2009; GEHL 2013; MOTOMURA et al., 2015).

Deslocamentos a pé também devem ser incentivados, mas para que isso seja possível, o conceito de caminhabilidade deve orientar essa estratégia, para a qual é preciso que hajam condições de acesso físico, com segurança ao caminhar, travessias seguras, bem como volume e velocidade de circulação de automóveis compatíveis; condições de acessibilidade, com calçadas adequadas, com largura suficiente, ausência de obstruções ou desnivelamentos; atratividade e conforto, com espaços públicos iluminados, baixo nível de ruídos, mobiliários urbanos, vegetação e sombras (FOLLY, 2015).

E ainda, uma das formas de construir cidades saudáveis é realizar um planejamento urbano que qualifique os espaços públicos, construindo ou preservando paisagens culturais e naturais que convidem a contemplação. Patrimônio cultural são obras arquitetônicas, esculturas, pinturas, inscrições em grutas ou grupos de elementos com valor universal, sejam histórico, artístico ou científico. Patrimônio natural são monumentos naturais, formações geológicas e fisiográficas, sítios que representam habitat de espécies ameaçadas, animais e vegetais com valor científico universal ou de fundamental interesse de conservação (ZANIRATO; RIBEIRO, 1972).

É possível incentivar deslocamentos não motorizados, construindo paisagens que preservem o patrimônio cultural e o natural, que podem ser contemplados em trajetos de caminhadas, por percursos que levem pessoas de um ponto a outro da cidade, em atividades cotidianas de trabalho ou lazer, ou mesmo constituindo-se roteiros turísticos urbanos. Passeios à pé, ou “walking tours” podem ser incentivados como modalidade de turismo nas cidades, com roteiros que envolvam a contemplação

de paisagens culturais ou naturais. Em muitas cidades do Europa e EUA, e mesmo no Brasil já há agências de turismo vendendo roteiros de “walking tours”, acompanhados por guias.

Para tanto, há que se planejar calçadas arborizadas e com acessibilidade, sinalizar o trânsito de automóveis para torná-lo mais amigável ao pedestre, fazer marcações indicativas do traçado a ser caminhado, estabelecer percursos com atrações culturais e/ou naturais. Também, é preciso elaborar mapas e guia de percursos com a indicação dos atrativos turísticos. Para citar somente algumas cidades com roteiros turísticos e planejados de “walking tours”, Nova York, Boston, Buenos Aires, Rio de Janeiro, São Paulo, Paris, Barcelona, Lisboa, sem esquecer das cidades históricas do Brasil como Ouro Preto, São João Del Rei, Congonhas do Campo, Tiradentes.

A partir desta concepção de cidade para caminhar se pode pensar nos parques urbanos ou jardins, que se inscrevem nos conceitos de qualidade ambiental e qualidade de vida. Parques urbanos são espaços públicos com predominância de elementos naturais. São jardins construídos com a finalidade de lazer e recreação, ou mesmo para proteger paisagens naturais. Representam um oásis verde em meio ao concreto das cidades, com valor inestimável para a qualidade de vida dos seus moradores ou visitantes.

No Rio de Janeiro está o Jardim Botânico, o Parque da Gávea (Parque da Cidade), a Quinta da Boa Vista, o Campo de Santana, Parque Nacional da Tijuca. Quem nunca ouviu falar do Parque do Ibirapuera em São Paulo ou no Central Park em Nova York? Em Uberlândia, há diversos parques urbanos, com destaque para o Parque do Sabiá, onde todos os dias centenas de pessoas se encontram para o lazer e fazer caminhadas, em

percursos de até 5.000 metros, com muito verde, ar puro e pistas sinalizadas.

No início do século XIX, Ebenezer Howard, sob o mesmo signo de Benjamin Richardson que havia proposto um modelo de cidade saudável, a Hygeia, pensando nestes problemas de insalubridade das cidades industriais da Inglaterra, estabeleceu o conceito de cidade jardim, propondo uma maior integração de elementos da natureza na cidade, para amenizar as condições sociais degradantes e a insalubridade das cidades industriais (HOWARD, 1996). Inicialmente, este modelo de cidade saudável foi experimentado na Inglaterra na construção das cidades de Letchworth e Welwyn (HENRIQUE, 2009).

O papel das áreas verdes e espaços públicos livres extrapolam a simples ideia de atenuar o cinza do concreto, do asfalto e da poluição. O planejamento urbano pode pensar em cidade-jardim, ou mesmo bairro-jardim; pode construir parques urbanos, pode humanizar o trânsito e melhorar a mobilidade urbana, com transportes públicos eficientes; facilitar os transportes não motorizados e o deslocamento ativo. Mas, tudo isso só será possível com a concepção de cidade saudável, aquela que evita a doença e promove a saúde.

2.2 Na escala da saúde comunitária, do cotidiano

A maioria dos problemas de saúde da população está diretamente vinculada ao cotidiano dos indivíduos e da coletividade, no lugar onde se vive. Antes que a doença possa ser identificada no corpo dos indivíduos pode ser vista, fora do corpo, como atributo dos lugares. Deste modo, pode ser entendida a partir das interações ecológicas e sociais estabelecidas entre o

corpo biológico que adocece e o ambiente, que não é apenas físico-biológico, mas também social, cultural e psicológico (LIMA, 2016).

O cotidiano cria o modo de vida a partir da relação população - tempo - lugar, ou seja, como a população usa o tempo no lugar onde vive. Este modo de vida está repleto de conteúdos históricos, sociais e psíquicos, é marcado por impasses e contradições.

O cotidiano representa um modo de vida em uma realidade social localmente construída por processos espaço-temporais, multiescalares, com desigualdades, diferenças, ritmos e identidades distintas em cada lugar. O cotidiano representa uma síntese complexa do modo de vida (SEABRA, 2004).

Podemos falar de um modo de vida urbano, que pode diferenciar-se de cidade para cidade e, dentro da própria cidade, porque as populações e os lugares são diversos, cotidianos diversos vão construir modos de vida diferentes. Para entender o modo de vida que se estabelece no cotidiano dos indivíduos deve-se considerar o lugar e as populações, com suas necessidades, desejos e experiências (SAQUET, 2007; LIMA, 2011).

A partir de um conceito ampliado de saúde, relacionado aos determinantes sociais da saúde e à qualidade de vida, entendemos que a maioria dos problemas de saúde da população estaria diretamente vinculada ao cotidiano dos indivíduos e da coletividade, no lugar onde se vive. Quando dizemos que o modo de vida implica nas condições de vida e no estilo de vida que são determinantes para o adoecer e o morrer, estamos nos referindo aos determinantes sociais da saúde (LIMA, 2016).

Na concepção biomédica de saúde, concepção hegemônica,

hospitalocêntrica, clínica, centrada na relação médico-paciente, se olha predominantemente para dentro do corpo, ignorando a dimensão social da vida. Numa abordagem social da saúde se estabelece um interesse muito especial sobre a população e não apenas sobre o indivíduo. O foco é posto na saúde e não na doença. Não se busca as causas das doenças, mas o contexto que determina o processo saúde-doença. Tratar e prevenir as doenças são coisas importantes, mas é preciso também, promover a saúde.

Estamos falando de territorialidades marcadas pelo cotidiano.

A vida cotidiana como conceito refere-se aos conteúdos da vida na modernidade, os quais seguem sendo transformados pelas tecnologias do cotidiano e por elas modulados, caracterizando uma maneira de viver ou um modo de vida regido pela lógica da mercadoria (SEABRA, 2004, p. 190).

É no cotidiano banal dos sujeitos que se pode conhecer seus problemas e necessidades de saúde, que não são exclusivamente individuais, mas também coletivos, e ainda, relacionados ao lugar onde se vive.

Se a doença é uma manifestação do indivíduo, a situação de saúde é uma manifestação do lugar. Os lugares, dentro de uma cidade ou região são resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (BARCELOS, et al., 2002).

Deste modo é preciso conhecer o território e os contextos da vida cotidiana dos sujeitos que demarcam a situação de saúde da população. No cotidiano que representa o modo de vida dos sujeitos, é preciso indagar sobre

o perfil epidemiológico, que se refere ao modo de adoecer e morrer; o perfil social, condições demográficas, educacionais e materiais necessárias à manutenção da vida dos indivíduos e da população; o perfil do lugar, referido pelas condições da moradia e vizinhança, mobilidade e acessibilidade, que não resultam diretamente de atributos dos indivíduos; a agregação social que se refere aos vínculos familiares e territoriais dos indivíduos, que podem constituir-se como capital social, assim como aspectos do estilo de vida, que são definidos por uma condição cultural e não pela vontade dos indivíduos; e as políticas públicas, não só da área da saúde, que devem ser intersetoriais para fazer frente aos determinantes sociais da saúde (LIMA, 2013).

Portanto, não só a epidemiologia do adoecer e morrer, mas o contexto do lugar onde se vive, com todos os determinantes e condicionantes do contexto da vida cotidiana devem ser reconhecidos para o estabelecimento de ações e práticas de saúde que podem construir um território saudável.

Santos (2006), em seu livro “A natureza do Espaço” fala sobre o papel da vizinhança na produção da consciência, citando Duvignaud (1977), referindo-se que a densidade social dos lugares produz mudanças surpreendentes, pela afetividade e pela paixão das relações.

Por densidade dos lugares, podem-se entender os contextos da vida, das relações interpessoais e interinstitucionais, que são envolvidas pela história e pela cultura e determinam um modo de vida próprio neste lugar. A estes contextos podemos chamar de território. Para melhorar a qualidade de vida das populações é preciso mudar os contextos, reconfigurando o território.

O território representa o contexto que resulta da acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, políticas, sendo um

recorte espacial, social e historicamente construído em relações conflituosas e não mero receptáculo ou palco das ações humanas (LIMA, 2013).

O território é a expressão do contexto de vida dos sujeitos e grupos sociais, o espaço organizado das relações sociais. Sendo assim, para a realização de ações e práticas de saúde, é preciso considerar o território na escala da vida cotidiana, a partir de três abordagens: o indivíduo - a saúde e a qualidade de vida dependem de quem se é; o lugar - onde se vive é importante para sua saúde, mas do que quem você é; e as redes sociais - as interações familiares e sociais estabelecidas pelos indivíduos são importantes para a saúde e podem favorecer o estabelecimento de estratégias de promoção da saúde (PICKETT; PEARL, 2001; NOGUEIRA 2008; PROIETTI et al., 2008, LIMA 2013).

Saindo da concepção biomédica de saúde que só consegue ver o corpo biológico e a doença, quase sempre desconsiderando o contexto de vida do sujeito, amplia-se o conceito de saúde para relacioná-lo aos determinantes sociais da saúde e à qualidade de vida. Entendemos que a maioria dos problemas de saúde da população está diretamente vinculada à vida cotidiana, resultado de condições de renda, habitação, alimentação, segurança, educação, cultura, lazer, acesso aos serviços de saúde.

Neste momento, é preciso definir riscos e vulnerabilidade. O risco é uma probabilidade de que ocorra um evento, que pode ser favorável ou desfavorável. Em se tratando do processo saúde-doença, o risco refere-se a probabilidade que indivíduos ou populações têm de adoecer ou morrer mediante a uma situação de exposição a agentes patogênicos (físicos, químicos e biológicos) ou mesmo a qualquer situação de perigo à vida.

Segundo Kaztman (2000) e Teixeira (2006), vulnerabilidade

é a condição do indivíduo ou do grupo social para enfrentar o risco, ou seja, a incapacidade do sujeito para controlar as forças que afetam seu bem-estar, que é representada por carências econômicas, sociais, psicológicas, cognitivas ou físicas que podem produzir desfechos clínicos adversos como adoecimento e morte.

Mas, a vulnerabilidade é resultante não somente da condição dos indivíduos e dos grupos sociais. Há também vulnerabilidades do território que amplificam a vulnerabilidade dos indivíduos e da população (CAMPOS e MISHIMA, 2005). Marandola Jr e Hogan (2009) assinalam a distinção entre as condições dos indivíduos e do território, que se influenciam mutuamente para determinar a vulnerabilidade, identificando vulnerabilidade ambiental ou do lugar e vulnerabilidade social. Portanto, vulnerabilidade é o contexto de vida no lugar onde se vive.

As condições sociais e culturais do lugar onde se vive normalmente estão associadas às condições socioeconômicas dos indivíduos que ali vivem. O “efeito de vizinhança”, ou seja, como o lugar pode afetar a saúde e o bem estar, é a influência do lugar sobre os contextos da vida cotidiana. Rede de serviços, comércio, educação, saúde e assistência social; áreas de recreação e lazer, vias públicas e saneamento ambiental, níveis de poluição, agregação social e de redes sociais de solidariedade, possibilidades de emprego e renda, violência e criminalidade são aspectos importantes do lugar a serem considerados para a saúde e o bem-estar dos indivíduos (LIMA, 2013).

Seguindo este raciocínio, entendemos que a vulnerabilidade é uma situação que não se refere somente à baixa renda das famílias, mas a outras condições como idade, gênero, educação

e saúde e que a vulnerabilidade dos lugares, com riscos à vida, podem apresentar precariedades que amplificam a vulnerabilidade dos indivíduos e das populações. Assim, podemos falar de populações vulneráveis e lugares vulneráveis, que quase sempre estão, coincidentemente, associados, sob uma condição de iniquidade social, constituindo territórios de vulnerabilidades (CUTTER et al., 2003).

É evidente que o desenvolvimento social e o bem estar dos sujeitos podem ser afetados não somente por sua própria condição de vida, mas também é fortemente determinada pelas condições materiais e sociais do lugar, como por exemplo, a presença ou não de infraestrutura urbana adequada, saneamento ambiental, serviços públicos e comércio próximos. Se o lugar em que se vive apresenta vulnerabilidades que impedem ou dificultam os sujeitos de realizarem suas atividades cotidianas, conjugam-se aí fatores que estabelecem um contexto que precisa ser mudado.

Se no meio rural, a vida é menos acelerada, menos estressante, quase sempre o trabalho é mais árduo. Se no meio urbano, o acesso aos bens e serviços pode ser maior, há mais poluição e degradação ambiental, principalmente nas periferias mais pobres da cidade, e maiores são os deslocamentos diários para o trabalho.

Podemos dizer que há um modo de vida rural que permanece nas pequenas cidades e um modo de vida urbano próprio das grandes cidades e que isso tem implicações sobre a saúde.

BARRETO (1987) apresenta uma discussão sobre o estilo de vida urbano, baseando-se na sociologia urbana de autores

como Simmel, Park, Redfield, Wirth, Schütz, Berger e Luckmann, dizendo que na cidade grande há uma

... substituição dos vínculos de solidariedade pela concorrência e mecanismos formais de controle; as relações de conhecimento pessoal tomam-se segmentárias, incompletas, menos intensivas; a cidade se caracteriza mais por contatos secundários do que primários, que têm como consequência: superficialismo, anonimato, caráter transitório das relações urbano-sociais, etc. (BARRETO, 1987, p. 170).

O contexto de fatores individuais e territoriais pode definir a possibilidade da realização de deslocamentos ativos, representados pela autonomia dos indivíduos, pela caminhabilidade do lugar e pelas oportunidades e necessidade de sair para realizar atividades cotidianas.

Para se promover a saúde dos idosos, com a realização de deslocamentos cotidianos ativos, deve-se pensar na reconfiguração do território. Para que haja deslocamentos cotidianos ativos que possibilitem um envelhecimento saudável, precisamos considerar três aspectos: a condição física do indivíduo, a condição física do lugar e seus vínculos territoriais.

Para ser suficientemente ativo nos deslocamentos cotidianos, a condição física do indivíduo é fundamental, que pode lhe permitir autonomia para caminhar ou andar de bicicleta. A maioria dos idosos sofre de doenças crônicas, dentre elas o diabetes mellitus que pode provocar a perda de sensibilidade nos membros inferiores do corpo e redução significativa na eficiência psicomotora, com diminuição do equilíbrio postural, levando a uma marcha mais lenta e instável do caminhar (ALVARENGA, 2010).

Está claro que nem todos os idosos estão em condições iguais de mobilidade. Dentre outras limitações fisiológicas que afetam a mobilidade dos idosos estão a perda da visão, perda da audição, problemas nas articulações reduzindo a flexibilidade e o equilíbrio, declínio da velocidade de julgamento, por exemplo, julgar a que distância está um automóvel e sua velocidade (SANT'ANNA, 2006).

O segundo aspecto é a condição física do lugar que permite ou não a caminhabilidade. As condições ambientais do lugar influenciam muito a possibilidade da realização de deslocamentos ativos. A possibilidade de caminhar para realizar atividades cotidianas está relacionada à qualidade do caminho e a boa acessibilidade ao pedestre: segurança pública, calçadas adequadas, arborização, trânsito amigável, faixas de pedestre. Ainda, devemos considerar as condições climáticas e a topografia do lugar, que podem dificultar os deslocamentos ativos, principalmente para os descapacitados e idosos, pessoas que normalmente têm dificuldades de locomoção.

Não basta melhorar as condições físicas das calçadas para que a população realize deslocamentos cotidianos ativos. É preciso que as ruas estejam arborizadas, com proteção contra o sol causticante, que haja comércio e serviços disponíveis a distância caminháveis. Deste modo, um lugar saudável possui os atributos diversos já considerados e, ainda uma oferta de serviços e comércio na vizinhança que permitam e estimulem deslocamentos ativos.

A mobilidade urbana tem grande importância no contexto da vida cotidiana e pode ser realizada, normalmente por três meios: deslocamentos ativos (a pé ou de bicicleta), transporte público ou automóvel particular. Ampliar a mobilidade urbana

por deslocamentos ativos pode significar uma melhoria das condições de saúde. É preciso perguntar: como construir territórios saudáveis, e estabelecer estratégias de promoção da saúde para uma vida mais ativa e saudável?

De todas as maneiras de se promover à saúde dos sujeitos a que mais tem sido discutida é a mudança de estilo de vida para a adoção de comportamentos saudáveis. Sabe-se que determinados comportamentos podem produzir riscos imediatos à saúde e outros riscos a longo prazo.

Mas, essas recomendações aos indivíduos para que mudem seu estilo de vida têm sido inócuas. O médico ou o profissional de saúde que prescreve o tal comportamento saudável, dizendo o que ele deve e não deve comer, o que ele deve e não deve fazer, cedo descobre que o indivíduo não é capaz de atender a prescrição. A estratégia falha e a culpa recai sobre o sujeito, e o serviço de saúde, bem como os profissionais de saúde se eximem da responsabilidade de pensar estratégias mais eficazes (LIMA, 2016).

Mas, por que a prevenção para mudança de estilo de vida e adoção de comportamentos saudáveis falha? Porque o estilo de vida representa um modo de vida que é o resultado das condições de vida e o comportamento é estabelecido nas relações sociais. É cultural porque é fruto de hábitos e costumes formados ao longo da vida no convívio com a família, com os amigos, com irmãos da religião e outros grupos sociais com os quais o sujeito se relaciona. A história de vida produz hábitos, modos de pensar e fazer que são difíceis de serem mudados. É social, porque os atuais contextos de vida e as normas sociais que se impõem sobre o indivíduo continuam determinando o seu comportamento. Estas normas sociais, que não estão escritas são estabelecidas

pelos grupos sociais, aos quais o sujeito faz parte; ou seja, família, amigos, colegas de trabalho, grupo religioso. Participar do grupo significa comungar valores, atitudes e comportamentos. Não aderir aos valores e aos comportamentos ditados pelas normas sociais significa para o sujeito perder o reconhecimento do grupo e o reconhecimento de si mesmo, perdendo a própria identidade.

Os comportamentos não são decididos pelos indivíduos, mas determinados pelos contextos da vida. É verdade que a informação e o conhecimento pode influenciar no comportamento dos indivíduos, mas é ingênuo pensar que o indivíduo, após ganhar informação, muda o seu comportamento, automaticamente. Este é o principal erro cometido nos programas de educação em saúde, que mesmo diante do insucesso, insistem com a mesma estratégia, transmissão de informação e mais nada (LIMA, 2016).

É difícil mudar estilo de vida e estabelecer novos comportamentos sem mudar hábitos e costumes, sem que os grupos sociais estabeleçam normas sociais que possam influenciar os indivíduos. Nisto, há determinações sociais. Portanto, se o estilo de vida não é criação do indivíduo, como se dependesse de sua vontade, está explicado porque os indivíduos não seguem as prescrições médicas e a simples informação não é capaz de produzir comportamentos saudáveis.

Segundo Veras (2012), há pelo menos cinco grandes categorias de fatores de risco que retiram qualidade e anos de vida: álcool, tabaco, estresse, sedentarismo e alimentação inadequada, mas o sucesso das ações de prevenção depende, menos da prescrição e mais da compreensão de que a sociedade é complexa e que existem o prazer, os desejos e a cultura. Talvez, o maior fracasso nas ações de prevenção de doenças que exige

mudanças de estilo de vida e o estabelecimento de novos hábitos e comportamentos saudáveis está no grupo de pacientes com doenças crônicas. Vamos considerar o caso dos idosos.

O envelhecimento é um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível e universal. Não é uma doença, entretanto, mais cedo ou mais tarde o indivíduo pode tornar-se menos autônomo e menos capaz para realizar as tarefas mais comuns do cotidiano e suscetível às doenças crônicas e degenerativas, o que aumentará o risco de morte.

Envelhecer significa para o indivíduo sentir o declínio da força física, da função imune e da resistência a estressores, com maior susceptibilidade a desfechos adversos de saúde: doenças crônicas, anorexia, sarcopenia, a osteopenia, déficits cognitivos e incapacidade de realizar muitas atividades cotidianas com autonomia. A consequência do envelhecimento da população é o aumento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, que normalmente impõem aos indivíduos limitações, dores e sofrimento. A população idosa, normalmente é acometida por diversas doenças crônicas e está sujeita a um contexto de acidentes e violência, com internações e reinternações, sendo frequentemente atendida em situação de emergência (OMS, 2015).

Em todo o mundo, a população vem envelhecendo. Nos países mais desenvolvidos isso ocorreu primeiro, de maneira mais lentamente, mas nos países de menor desenvolvimento o processo de envelhecimento da população vem ocorrendo de maneira acelerada, por causa da melhoria das condições sociais e sanitárias, que promoveu uma queda da mortalidade em geral e o aumento da expectativa de vida. Ocorre hoje no Brasil o que já ocorreu nos países desenvolvidos, uma mudança no perfil

demográfico da população, como consequência da diminuição das taxas de mortalidade e aumento da expectativa de vida, com o envelhecimento da população (ALVES et al., 2016).

A Organização Mundial da Saúde considera-se como idosa uma pessoa de 65 anos ou mais nos países desenvolvidos, e de 60 anos ou mais se viver em países menos desenvolvidos. Normalmente essa definição varia de país a país, considerando a idade a que uma pessoa tem direito a pensão por aposentadoria. O Estatuto do Idoso considera como população idosa o grupo de 60 anos ou mais. Em 2000, os idosos no Brasil eram 14.536.029, em 2010 eram 20.590.599, um crescimento relativo de 41% (AGÊNCIA IBGE, 2011).

Envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo do corpo biológico, que reflete a história clínica da vida de cada indivíduo, com alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, físicas e mentais, decorrentes da ação do tempo. Entretanto, não há correspondência linear entre idade cronológica e idade biológica. Neste processo há uma redução da capacidade funcional e maior vulnerabilidade as doenças, assim como limitações da capacidade funcional para realizar as atividades cotidianas com independência, dificuldades de integração social na família e na sociedade (NERI et al., 2013).

Cada indivíduo experimenta o envelhecimento de maneira diversa, a depender de fatores genéticos, biológicos, socioeconômicos, culturais e psicológicos. Isto significa que a população idosa não constitui um grupo homogêneo e planejar um envelhecimento ativo e saudável significa pensar em todas as etapas da vida. As intervenções que criam ambientes de apoio e promovem opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida (ASSIS, 2005; SANTOS et al., 2009; OMS, 2005).

No nível mais alto estão aqueles que estão buscando a manutenção da independência e a prevenção das deficiências inerentes a decrepitude e no nível mais baixo estão aqueles que lutam pela reabilitação e a manutenção da vida. Para envelhecer com saúde deve-se manter no nível mais alto que, necessariamente, só se alcança com envelhecimento ativo.

Se envelhecimento é um processo inevitável e irreversível, é possível retardar o envelhecimento, prevenindo e retardando as doenças crônicas e as incapacidades associadas ao envelhecimento, não só por intervenções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais.

O que sempre se buscou é adiar a morte, alongando o tempo da vida, mas hoje, mais do que nunca, se busca um envelhecimento saudável. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa estabelece estratégias de promoção da saúde para o envelhecimento saudável, com qualidade de vida, o que implica em controle de doenças crônicas, manutenção de capacidade funcional física e mental, estímulo a autonomia e a participação social ativa (BRASIL, 2006).

Costuma-se dizer que para um envelhecimento saudável é preciso ter hábitos saudáveis na infância e juventude. Não basta só viver mais, é preciso viver mais com qualidade de vida. Isto quer dizer saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social e espiritual, no contexto da cultura e dos sistemas de valores dos indivíduos e populações (BRASIL, 1996; INOUE et al., 2010).

Viver mais, quase necessariamente representa conviver com doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial, doenças cardíacas, doença pulmonar crônica, depressão, demências,

artrite e artrose, com complicações e agravos que já representam uma carga de cerca 2/3 da carga de doenças no Brasil. As estratégias de prevenção e controle das doenças crônicas e seus agravos têm sido impotentes para oferecer aos idosos melhor qualidade de vida.

Os fatores responsáveis pela epidemia de doenças crônicas que atingem principalmente os idosos estão relacionados à dieta, sedentarismo, dependência química de tabaco, álcool e outras drogas, ou seja, são de natureza comportamental ligadas aos estilos de vida.

A OMS (2015) diz que grande parte dos problemas de saúde dos idosos está associada a doenças crônicas que podem ser prevenidas ou retardadas, a partir de um envelhecimento ativo e com comportamentos saudáveis. Deste modo, o envelhecimento da população que está ocorrendo em todo o mundo, como resultado do aumento da expectativa de vida e queda nas taxas de fertilidade, exige do poder público respostas ao nível da estruturação das cidades para maior acessibilidade, e da saúde pública para ampliar os serviços de atenção à saúde, não só de tratamento das doenças próprias da velhice, mas de programas de promoção da saúde para um envelhecimento ativo e saudável.

Não há dúvidas de que um estilo de vida fisicamente ativo pode contribuir para melhoria do bem-estar e das condições de saúde e que uma das principais estratégias de promoção da saúde para idosos alcançarem um envelhecimento saudável é a prática de exercícios físicos (FERNANDES; SIQUEIRA, 2010).

Realizar atividade física regular e moderada pode retardar declínios funcionais e diminuir o aparecimento de doenças crônicas ou reduzir os efeitos. Todo programa de prevenção e

promoção da saúde de idosos deve considerar a realização de projetos que ampliem a capacidade de envelhecimento ativo da população, com independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade. Mas isso não será possível com mera prescrição.

Os grupos terapêuticos para idosos que são estabelecidos nas Unidades de Saúde como estratégia de ação coletiva terminam por serem reuniões de pessoas adoecidas que recebem informações sobre sua doença e prescrição para mudança de estilo de vida. Ainda que seja no grupo, a prescrição é para cada um, ou seja, individual. Quase sempre nada acontece, ou melhor, acontece a falta de adesão e, em pouco tempo, a dispersão do grupo.

A prevenção de doenças crônicas é o principal desafio dos tempos pós-modernos, para reduzir as morbi-mortalidades cardiovasculares e outros agravos delas decorrentes. Desde Ottawa (1986), a base das ações preventivas é a adoção de estilos de vida saudáveis, entretanto, os resultados das ações de prevenção, frequentemente, são insatisfatórios.

A prevenção prescritiva para mudança de estilo de vida continua sendo a estratégia. Embora os profissionais da saúde reconheçam que isso é pouco efetivo, eles dizem que enquanto não houver uma ação mais efetiva é isso que precisa continuar sendo feito. É preciso desconstruir essa ideia de que a responsabilidade da prevenção (autocuidado) é única e exclusivamente do indivíduo. Quando ele não consegue, quase sempre não, toda a culpa é dele mesmo.

Não podemos mais só ficar esperando que as pessoas venham a unidade de saúde, para saber quais são os seus

problemas e necessidades. Temos que ir até elas, em seu território, para reconhecer os contextos e considerar seus modos de vida; o sujeito em seus grupos sociais. Como já dito, anteriormente, é o grupo social do cotidiano dos indivíduos que estabelece hábitos e costumes, assim como normais sociais que se impõem sobre os indivíduos.

O primeiro passo é reconhecer que há uma determinação social da saúde e que os modos de vida dos indivíduos não são de sua livre escolha. Só então, poderemos pensar e estabelecer estratégias e ações que os ajudem a mudança do modo de vida e não, simplesmente, continuar prescrevendo ao indivíduo mudança de comportamento.

Pancer; Nelson (1996) reconhece a importância da família e dos amigos para ajudar o sujeito a estabelecer e manter novos hábitos e comportamentos e que promoção da saúde deve centrar-se em estratégias de intervenção comunitária. A base da ação está na própria comunidade, nas instituições públicas e comunitárias que estão no território como escolas, centros comunitários, associações, sindicatos.

A inclusão dos grupos sociais e das instituições sociais que formam a rede social dos sujeitos em programas de promoção da saúde pode constituir-se num grande passo para o estabelecimento de novos contextos de vida e comportamentos que sejam mais favoráveis à saúde. Este assunto será mais discutido no próximo capítulo.

3

REDES TERRITORIAIS LOCAIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE

São diversos os significados de “rede sociais” e atualmente o mais comum é o de redes virtuais, ligadas à rede mundial de computadores. As redes sociais da Internet aproximam pessoas que podem comungar ideias, trocar informações, compartilhar sentimentos, e mesmo articular ações coletivas em favor de um indivíduo ou uma causa.

Mas, há as redes sociais reais que se estabelecem nos encontros cotidianos das pessoas na família, nos grupos de amigos, nas relações de trabalho. Essas redes sociais reais são formadas por pontos (pessoas/organizações) ligados por fios que se conectam (comunicação). Esse conceito vem sendo muito utilizado na antropologia e nas ciências sociais. Dentre os significados do termo “redes sociais” os mais utilizados são de ligação e entrelaçamento e o principal aspecto das redes seria a de convergência de um ponto a outro, com articulação e rearticulação permanente (ENNE, 2004).

As redes podem ser definidas como “teias” de relações sociais que circundam o indivíduo, ou com os grupos que se tem contato ou alguma forma de participação. Nas redes sociais os

participantes são autônomos, mas unido pelas ideias, recursos, valores e interesses que são compartilhados” (MARTELETO, 2001, CHOR et al. 2001).

As redes sociais influenciam a difusão de informação e conhecimento e oportuniza o desenvolvimento de inovações por manterem canais e fluxo de informação entre os indivíduos, que a confiança e o respeito os aproximam e os levam ao compartilhamento, modificando ou ampliando o conhecimento (TOMAÉL; ALCARÁ e Di CHIARA, 2005).

Serapioni (2005) diz que a família e as redes sociais têm papel fundamental na promoção da saúde, nos seguintes aspectos: no fortalecimento de ações que produzem saúde ou proporciona a capacidade de enfrentar os problemas e mobilizar os recursos necessários; na capacidade de manutenção e promoção das relações no âmbito dos parentes, da vizinhança; na melhoria do acesso aos serviços de saúde, por sua função de mediação e de conhecimentos das oportunidades.

Uma pesquisa patrocinada pela British Medical Association revelou que 80% das doenças menos graves são diagnosticadas e tratadas em casa, sem a intervenção de profissionais de saúde. Por isso, se diz que a verdadeira unidade básica de saúde é a família, o primeiro nível de atenção à saúde. De modo geral, as redes sociais começam na família e é aí que os indivíduos podem se apoiar mutuamente e receber cotidianamente provisão para suas necessidades físicas, sociais e psicológicas (SERAPIONI, 2015).

3.1 Saúde comunitária e educação para autonomia

O termo ‘comunidade’ é polissêmico, amplamente utilizado na atualidade em várias disciplinas e pode ter significados

diferentes; pode ter conotações positivas e negativas, a depender do contexto em que é usado. Em meio a tantos significados, que podem trazer confusão, antes de tudo é preciso definir o que se entende, ou melhor, o que se quer dizer com isso. Frequentemente, toma-se o termo comunidade como querendo dizer a vizinhança, o bairro, a vila, um grupo religioso, rede de relacionamento na internet, de modo que há uma imprecisão conceitual no termo, por isso deve ser explicado (PERUZZO; VOLPATO, 2009).

Na cidade do Rio de Janeiro, o termo comunidade às vezes quer dizer favela, com um sentido de positivar aquilo que seria pejorativo, relacionado à criminalidade e ao tráfico de drogas; mas ao mesmo tempo, num sentido negativo quando referida à vida de carências do lugar em que vive (BIRMAN, 2008).

Em um sentido mais comum, comunidade é um agrupamento de pessoas que comungam ideias, ideais, partilham sentimentos, vivem em um mesmo lugar, construindo identidades individuais e de grupo social, estabelecidas na vida comunitária. Nisto há uma dialética entre a individualidade e a comunidade. O sujeito, constrói sua identidade, mas ao mesmo tempo necessita inserir-se em comunidade, para firmar-se enquanto indivíduo (RODRIGUES; COSTA, 2002).

Segundo Ferdinand Tönnies, uma comunidade se explica por relações entre os indivíduos motivadas por laços de sangue (unidade de existência), por aproximação espacial (lugar) e por aproximação espiritual (atividade comum), o que equivaleria a relações de parentesco, de vizinhança e de amizade.

É nesta classificação, portanto, que devemos procurar as raízes de todas as relações (*associações*).

Daí nós construímos as leis principais da comunidade: 1) Pais e esposos se amam reciprocamente ou se habituam facilmente uns aos outros, falam e pensam juntos de bom grado e frequentemente; da mesma forma os vizinhos e outros amigos; 2) Entre aqueles que se amam (etc.), existe a compreensão; 3) Aqueles que se amam e se compreendem, permanecem e moram juntos, regulam sua vida comum (TÖNNIES, 1995, p. 104).

Uma ideia muito discutida nos clássicos da sociologia é que a palavra comunidade significa vida em comum, solidariedade. Mas também há conflitos. Não é um agrupamento homogêneo de indivíduos, todos com um mesmo pensamento, com uma mesma perspectiva de ação, ao contrário, há pensamentos divergentes e disputas de poder (VIEIRA; XIMENES, 2012).

Para Góis, a comunidade reflete a vida, com uma dinâmica própria no lugar onde se vive, apresentando

“contradições, antagonismos e interesses comuns, que servem de construção e orientação das ações dos moradores em relação ao próprio lugar e à sua inserção no conjunto da sociedade. É um espaço de intermediação da vida familiar com a vida em sociedade, no qual o sujeito é confirmado como membro de uma determinada cultura e com uma determinada identidade de lugar” (GÓIS, 2008, p. 85).

Segundo Palácios (2001), o sentimento de pertença é o elemento fundamental para a definição de uma Comunidade, que se explica pela relação entre o indivíduo e o grupo social, fortemente influenciada pela territorialidade.

Para falar de consciência, palavra já tão desgastada e desacreditada, ou melhor, para resgatar o sentido e a importância

do conceito, temos que ir a Paulo Freire, para quem esse conceito era central na educação. Freire (1963) entende que há uma realidade objetiva em que o homem está e ao mesmo tempo com ela se relaciona, respondendo-lhe aos diferentes estímulos, construindo respostas. Busca conhecer para (re)agir por que conhecimento e ação são partes de uma mesma unidade que chamamos praxis.

Nesta dialética, é o conhecimento da realidade que nos leva a tomada de decisão (ação/reação/relação). Conhecer é uma necessidade do ser humano. Ao mesmo tempo em que busca conhecer para integrar-se ao contexto, o transforma porque não se acomoda simplesmente com a realidade, que é composta por objetos, pessoas e relacionamentos. Consciência é a capacidade de conhecer as coisas e a si mesmo (CHAUÍ, 2001).

Chainça (2013), estudando o termo conscientização nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) da educação fundamental, principalmente relacionados à questão ambiental reconhece o contexto histórico da elaboração desta proposta educacional, nos anos de 1990, que colocava em realce uma crise ambiental sem precedentes na história, e que era preciso oferecer respostas para a crise ambiental. A concepção dos PCN era moldada pela intenção de desenvolver nos estudantes consciência para cidadania, com ideias e valores para o desenvolvimento sustentável, para reduzir os impactos da economia sobre o ambiente e, ao mesmo tempo, as habilidades indicadas pelo mercado de trabalho (formação de mão de obra), mas sem questionar o modo de produção (BRASIL, 1997).

Para basear esse estudo, a autora foi buscar o conhecimento dos fundamentos da questão ambiental que se apresentava

mais pujantemente a partir da Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente, realizada em 1972, em Estocolmo, e do conceito de desenvolvimento sustentável que começou a ser formulado ali.

De acordo com os PCN, o papel do professor era de contribuir para a construção de consciências e cidadãos conscientes diante da realidade ambiental, para que tivessem mais que conhecimento, atitudes. Recomendava, seguindo as proposições assumidas na Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente - Rio 92 que a educação deveria ter papel fundamental para a mudança de mentalidade e consciência para se adotar novos pontos de vista e atitudes diante da crise ambiental. Ou seja, referia-se a educação ambiental que deveria ajudar aos alunos a construir uma consciência e assumir posições de defesa do meio ambiente (BRASIL, 1997).

Como nos PCN, educação ambiental e conscientização passaram a estar juntos, Chainça (2013) desenvolveu uma discussão sobre os termos consciência e conscientização que passaram a fazer parte do discurso ambiental, baseando-se principalmente em Freire (1980) e Vieira Pinto (1960).

Freire, tomando emprestado as ideias de Vieira Pinto (1960) fala de consciência alienada. O termo conscientização para Paulo Freire era diálogos de consciência e para o Vieira Pinto era comunicação de consciências, o que em princípio tem o mesmo sentido. Mas, é o diálogo que se constitui como parte fundamental do método freiriano que pode ser sintetizado nas seguintes frases: “...ninguém se conscientiza separadamente dos demais” (FREIRE, 1987, p. 8) e “já agora ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém educa-se a si mesmo; os homens se educam em comunhão, mediados pelo mundo” (FREIRE, 1987, p. 39).

A alfabetização seria um processo de conscientização, que permitiria ao sujeito uma apropriação consciente da cultura e da própria existência (FREIRE, 1980; GADOTTI, 2014).

Alienação e consciência têm sentidos antagônicos. Vieira Pinto (1960) fala de consciência alienada e consciência autêntica. Alienação não é falta de consciência, mas falta de consciência própria. É quando o sujeito pensa com a consciência alheia, pensa e age pelo que pensam os outros, pelo ponto de vista alheio. Este é o sentido etimológico da palavra alienado. O alienado vive por uma consciência que não é sua própria, mas do outro, não tem consciência autêntica.

Para Paulo Freire, consciência ainda não é tudo. A consciência é uma compreensão ingênua da realidade, que chama de consciência transitivo-ingênua. É a partir da educação que ocorre a passagem da consciência a um estado mais avançado: a conscientização, a passagem de uma concepção distorcida da realidade para uma percepção crítica da mesma (FREIRE, 1980).

Em Freire (1980), a consciência tem o sentido de aproximação crítica da realidade, em que o sujeito tem a compreensão de sua posição no contexto social em que está inserido, para ser capaz de tomar seu destino nas mãos e interferir no processo histórico. Para Paulo Freire, a educação só pode ser instrumento de transformação da realidade e libertação se estiver vinculada a vida social dos sujeitos.

Assim, é na vida comunitária e na relação com o outro que se estabelece a consciência, que se desenvolve para promover o atendimento às necessidades de cada um, a partir de uma perspectiva de cooperação e solidariedade, sem desconsiderar que pode haver disputas e competitividade no debate das ideias,

na tomada de decisão, no conflito de interesses e no exercício de liderança (GÓIS, 2008).

Voltando a Tönnies (1995), encontramos três formas de comunidade: comunidade de lugar (coabitação no território), comunidade de sangue (unidade de existência e consanguinidade) e comunidade de espírito (afetividade, amizade e afinidade espiritual), que certamente estão integradas umas nas outras.

Palácios (2001) defende que alguns elementos fundamentais caracterizam uma comunidade: a) sentimento de pertencimento; b) sentimento de comunidade; c) permanência (em contraposição à efemeridade); d) territorialidade (real ou simbólica); e) forma própria de comunicação entre seus membros por meio de veículos específicos. Para ele, a questão da territorialidade assume novo sentido. Em outras palavras, a base da vida comunitária estaria na comunhão de pensamento e de ideais.

Pertencer à comunidade significa partilhar com o outro o espaço e o cotidiano, no mesmo sentido que Raquel Paiva apresenta em seu livro “O espírito comum: comunidade, mídia e globalismo”.

O homem vive mais nos outros que em si mesmo, mais na comunidade do que em sua individualidade... A comunidade representa para o indivíduo a via de construção de sua existência, abrindo possibilidades para (com)partilhar... Na relação comunitária o indivíduo, ao partilhar da existência, se reconhece no outro (PAIVA, 2003, p. 81, 88)

Na comunidade, há vida comum. A atividade comunitária é ao mesmo tempo uma atividade pessoal e coletiva, estabelecida no diálogo acerca da própria vida e dos problemas dos indivíduos em um grupo social, sendo orientada pelo sentido (significado

pessoal) e pelo significado (sentido coletivo) que a própria atividade e a vida comunitária têm para os indivíduos e para a comunidade.

A atividade comunitária que é uma atividade social significativa (consciente) constrói o modo de vida (objetivo e subjetivo) dos indivíduos e da comunidade, em sua relação com o território, produzindo identidades individual e coletiva. Nesta relação, constroem-se os sujeitos, um modo de vida e o próprio território, a medida que se constrói a consciência (reflexivo-afetiva) dos indivíduos e da comunidade (GÓIS, 2005).

3.2 Promoção da saúde com intersectorialidade e mobilização social

Lima (2016) diz que a Estratégia Saúde da Família está falhando, porque grande parte das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) pouco realiza práticas e ações de prevenção e promoção da saúde. Diz ainda, que as ações de prevenção, quando realizadas estão baseadas em um modelo de determinação biológica das doenças, são prescritivas e com pouca resolubilidade. É que a organização do trabalho das equipes de saúde está voltada, predominantemente, para a atenção individual curativa e medicalizante.

É preciso mais que tratar os pacientes, é preciso cuidar das pessoas, o que significa também prevenir as doenças promover a saúde. Promoção da saúde e prevenção das doenças são coisas diferentes, mas frequentemente confundidas.

Ainda que sejam importantes a assistência e o tratamento das doenças, porque quem está doente tem pressa, é necessário reconhecer os limites da

atenção individual para a resolução dos problemas e necessidades de saúde de uma população, que se relacionam ao contexto da vida cotidiana, para os quais é preciso olhar não só para o corpo doente, mas para o lugar em que vive, o território, que expressa mais do que uma condição biológica, as condições socioeconômicas e culturais que se estabelecem como determinantes sociais da saúde (LIMA, 2016, p.25).

Não se faz promoção da saúde se não com articulação intersetorial e mobilização comunitária. De acordo com Teixeira; Paim; Vilasbôas (2000), as ações intersetoriais exigem o compartilhamento e articulação de interesses, saberes e práticas das diversas organizações envolvidas. A articulação entre o Estado e sociedade civil contribui para a efetividade das ações em saúde e podem acontecer através de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais, tais como, educação, saúde, cultura, ONGs, instituições religiosas e organizações comunitárias (SILVA; RODRIGUES, 2010).

Oliveira; Casanova (2009) indicam que a vigilância da saúde deve apoiar-se em três pilares fundamentais: território, problemas e práticas de saúde, e ser organizada para dar respostas aos problemas de saúde da comunidade, orientando atividades de prevenção e promoção da saúde, valendo-se de interdisciplinaridade e intersetorialidade.

Do ponto de vista técnico-operacional, a vigilância da saúde viabiliza a reorientação do processo de trabalho ao reconhecer o território como conceito fundamental. Nesse espaço, busca-se estabelecer a definição de problemas e de prioridades, bem como o conjunto de meios para atender efetivamente as necessidades de saúde da comunidade, integrando e organizando as atividades de promoção, de prevenção, tal como

as assistenciais-reabilitadoras, valendo-se de conceitos como interdisciplinaridade e intersetorialidade.

A intersetorialidade é compreendida neste estudo como uma relação de compartilhamento de decisões entre instituições públicas, em especial, com os setores da saúde e educação para promover a saúde no território. Também remete ao “conceito/ ideia de Rede cuja prática requer articulações, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações” (PAIM, 2009, p. 21).

As redes instigam a intersetorialidade como uma forma horizontal de organização à medida que envolve as pessoas, organizações e instituições nas etapas de concepção e planejamento das ações. A formação de redes é pertinente quando se deseja provocar o desenvolvimento comunitário.

Diante do exposto, optou-se nesse trabalho por abordar as redes comunitárias como uma das estratégias que articula os setores da saúde, da educação e as instituições da sociedade civil para a prevenção e promoção da saúde no território como possibilidade de melhoria das condições de vida e saúde dos indivíduos e da população, no contexto de vida e trabalho.

Nessa perspectiva, os agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias, agentes de saúde escolar, sob a coordenação das (os) enfermeiras, foram estimulados a constituir redes comunitárias para a promoção da saúde e controle da dengue, a partir das Unidades Básicas de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde em Uberlândia.

Para Gohn (2008) a mobilização social é um processo político e cultural presente em todas as formas de organização

das ações coletivas. Possui vários sentidos, de acordo com a fonte ou a área onde se articula a organização, seja, em movimentos sociais, em ONGs isoladas ou atuando em redes e por meio de políticas públicas estatais.

É importante que os serviços de saúde sejam organizados na perspectiva da participação e mobilização comunitária, reconhecendo o potencial social e comunitário para a solução dos problemas. Deste modo, é necessário criar espaços de diálogos que tenham como objetivo aproximar a unidade de saúde e a comunidade, para juntos estabelecer as ações que possam resultar na melhoria da saúde dos indivíduos e da população, para a qual todos são responsáveis.

Nessa perspectiva, é importante fomentar e/ou fortalecer os grupos comunitários e estimular o apoio de instituições sociais e instituições públicas, ativando assim, as redes comunitárias para prevenção e promoção da saúde no território.

As redes comunitárias são um importante instrumento para o fortalecimento dos sujeitos e das comunidades e estas podem ser ativadas a partir dos interesses e metas em comum. Visando a melhoria das condições de vida e ainda, possibilita que os indivíduos, instituições e comunidades tenham maior autonomia na resolução dos problemas de saúde.

Concordamos com Fugimoto; Sarmiento (2007) quando falam que as redes comunitárias podem ser entendidas como um esforço para promover conexões entre indivíduos, lideranças comunitárias, voluntários, esferas governamentais, empresas, dentre outros.

Para que a participação se concretize, é importante a mobilização social. Assim, a comunidade, a família e todos

os envolvidos se sintam sujeitos do processo e não objetos, e percebem o seu papel no processo de mudança ou melhoria. Por isso, é necessário envolvê-los no planejamento das ações a serem realizadas, ouvindo suas demandas e suas necessidades, e dando voz aos sujeitos, que sabem melhor do que ninguém onde lhe “apertam os sapatos”.

Nesse sentido, faz-se necessário discutir o conceito de “*empowerment*”, que está subentendido nos cinco campos de ações de promoção da saúde, desde a primeira Conferência em Ottawa, como mencionado anteriormente.

À medida que as conferências internacionais da saúde foram sendo realizadas, este conceito foi se tornando cada vez mais explícito, como por exemplo “promoção da responsabilidade social com o empoderamento da população e aumento da capacidade da comunidade para atuar nesse campo” (BUSS; FERREIRA, 2002, p. 16).

Segundo Valoura (2016), Paulo Freire utilizou a expressão empoderamento, embora a palavra ‘*empowerment*’ já existisse na língua inglesa, com o significado de “dar poder”, para que o sujeito consiga realizar uma tarefa sem necessitar da autorização de outras pessoas. Para o educador a pessoa, grupo ou instituição empoderada é aquela que consegue, por si mesma, organizar e implantar mudanças e ações que a levam a evoluir e se fortalecer.

Segundo Zamudio (1988) e Carvalho (2004) existem controvérsias a respeito desse conceito, devido a sua tradução para o português, que para alguns o sinônimo de “empoderamento” é “apoderamento” e, para outros, “emancipação”. De acordo com o dicionário Aurélio “apoderar-se”, é o mesmo que “apossar-se”, “assenhorar-se”. Emancipar significa tornar independente,

libertar. Já “empoderamento” é sinônimo de ação, processo ou efeito de empoderar, que na sociologia é a conquista e distribuição do poder de realizar ações, a partir da conscientização social, individual ou coletiva (FERREIRA, 2010).

Na Educação, é a conscientização, reflexão, objetivação e ações de indivíduos e/ou grupos que levam à mudança da condição individual e coletiva, ou ainda, pode ser entendida como a superação da falta de poder político e social, coletivo ou individual, das populações (FERREIRA, 2010).

Muitos autores utilizam a expressão “empoderamento comunitário”, para dizer que não só os indivíduos devem ser mobilizados, mas também as organizações da sociedade civil, em rede, devem ser ativadas para participarem do processo de promoção da saúde, para a melhoria da qualidade de vida e da saúde, no lugar onde se vive, o que implica, necessariamente na reorganização das práticas de atenção à saúde (CARVALHO, 2004, ROSO; ROMANINI, 2014).

Com base no que foi exposto, optou-se pelo termo “empoderamento”, em primeiro lugar, por ser a definição que melhor se enquadra no conceito de promoção da saúde definida na Carta de Ottawa, como sendo o processo de capacitação e participação da comunidade para a melhoria da qualidade de vida e, em segundo, por sua definição no dicionário Aurélio de português.

A saúde dos indivíduos e da comunidade não pode ser enfrentada sem um trabalho articulado entre os indivíduos, famílias, vizinhanças, instituições sociais e públicas. O diálogo entre os diversos setores possibilita a construção de ações integradas capazes de responder com mais efetividade aos desafios da saúde pública.

Nessa perspectiva, é necessário pensar a saúde no contexto de vida, como uma rede de saúde, que inclui a potencialidade local, as experiências acumuladas, os dramas sociais e humanos de uma coletividade. “É preciso, para se pensar a saúde, estar onde o povo está, convivendo e aprendendo, construindo com ele conhecimentos sobre sua própria vida e lugar” (GÓIS, 2008, p. 103).

De acordo com Christakis (2010), nossa saúde não depende somente das nossas escolhas e ações, mas, também, das escolhas e ações daqueles que estão em torno de nós. Nossa capacidade de interagir em redes sociais faz com que os eventos que ocorrem com outras pessoas, independente de conhecê-las ou não, podem se propagar e nos afetar. Sendo assim, a relação do indivíduo com a coletividade, na rede social em que participa cotidianamente é um fator fundamental para determinar nossa saúde e a dos outros.

Desta forma, numa perspectiva de rede, precisamos reconsiderar a forma como entendemos saúde, para estabelecer ações e práticas de saúde que atendam as necessidades mais imediatas de saúde dos indivíduos que é o tratamento da doença, mas também, com estratégias da saúde coletiva, atendam aquelas necessidades que se apresentam como resultado de sua relação com os outros indivíduos e com o lugar onde se vive.

3.4 Redes comunitárias

Lopes; Lana (2015), discutindo a necessidade de participação popular no controle da hanseníase em Almenara, no norte de Minas Gerais, dizem que falta engajamento da sociedade e uma maior participação social na vida política do país. A conclusão

que os autores chegam é que o serviço de saúde não está sendo capaz de promover a participação social para o controle da hanseníase, conforme proposto no Plano Nacional de Controle da Hanseníase.

Isso ocorre em outros municípios, uma dificuldade para entender ou uma deliberada decisão de não fazer, por que a maioria dos gestores e dos profissionais de saúde assume que sua função é tratar a doença, com todo o aparato tecnológico disponível e o “paciente” é o objeto da intervenção terapêutica, cabendo a ele apenas aderir ao tratamento.

Verdadeiramente, há uma falta de engajamento da sociedade nas democracias representativas, em que frequentemente se está delegando a outro a ação política. Mas é possível que a sociedade amplie sua participação na definição dos rumos da vida, a partir dos movimentos sociais e das instituições sociais da sociedade civil.

Serapione (2015), estudando experiências de participação cidadã nos sistemas de saúde de países do Sul da Europa, reconhece que abordagens que privilegiam a participação social em processos de decisão têm sido debatidas, com diferentes formas, institucionalizadas e não institucionalizadas. O autor reconhece que essas ideias ainda sobrevivem no enquadramento legislativo, porém com pouca efetividade prática. É o que de fato ocorre também no Brasil.

Entretanto, temos propugnado que a organização da participação social, não só nos Conselhos Municipais e Locais de Saúde, mas também nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil tem a capacidade de ajudar a resolver os problemas coletivos de saúde em uma comunidade.

Os indivíduos em uma sociedade, invariavelmente estão ligados a uma organização social que Andrade; Vaitsman (2002) identificam como (1) organizações sociais (religiosas, grupos de jovens, de mulheres, de esportes, de educação e informação), (2) organizações políticas tradicionais (sindicatos, partidos políticos, associações profissionais) e as (3) novas organizações políticas (meio ambiente, paz, direito dos animais).

A participação dos Conselhos Locais de Saúde é fundamental na articulação de uma rede comunitária de saúde. Além de fiscalizar as ações e os serviços de saúde, exercendo o papel de controle social, os Conselhos podem trabalhar pela mobilização social necessária à participação dos sujeitos na política e gestão da saúde, e ainda, ajudar na construção de um modo de vida solidário em um território saudável, em que cada um pode cuidar da própria saúde, da saúde dos outros e do lugar onde vive.

A mobilização social para promoção da saúde pode ser realizada a partir de pequenos grupos que se reúnam para a realização de um ou mais objetivos. Fonseca (1988) diz que a característica fundamental dos grupos sociais é que os sujeitos, em suas realidades existenciais efetivamente se encontrem. O indivíduo se faz no contexto das relações sociais e na cultura. Sociedade e indivíduo se constroem em relação dialética, um se constrói a partir do outro.

As pessoas não são individualidades separadas da realidade, independente do seu contexto social como quer a ciência moderna e o pensamento liberal, que construíram uma racionalidade na qual os indivíduos são livres e independentes. Zanella et al. (2002) dizem que os indivíduos não são tão livres

assim e donos de seus destinos que sejam independentes e separados uns dos outros e do contexto social em que vivem.

A referida Portaria reforçava a importância “Apóia-se na suposição de que haja vida humana à parte de algum contexto social, e na idéia fictícia de que a sociedade possa existir como algo independente dos indivíduos e de suas ações. Por isso, a doutrina política liberal valoriza o individualismo, sustenta a idéia de liberdade individual face ao poder de coerção que seria exercido pela sociedade sobre o indivíduo” (MADUREIRA, 2005, p. 1).

Há uma ideia interessante em Berger; Luckmann (1985). Segundo eles a sociedade se constrói dentro de uma visão dialética: o homem é produto da sociedade, a sociedade é produto do homem e este processo se realiza em três etapas, sendo a primeira etapa a exteriorização, que corresponderia a toda atividade do homem no mundo, a segunda etapa a objetivação, que seria todas as conquistas fruto desta exteriorização e por último a interiorização que corresponderia à transformação destas estruturas objetivas em estruturas da consciência subjetiva. Assim para o autor, os processos que interiorizam o mundo socialmente objetivado são os mesmos processos que interiorizam as identidades socialmente conferidas. O indivíduo é socializado para ser uma determinada pessoa e habitar um determinado mundo. A identidade subjetiva e a realidade subjetiva são produzidas na mesma dialética (aqui, no sentido etimológico literal) entre o indivíduo e aqueles outros significativos que estão encarregados de sua socialização.

Compreender o sujeito como histórico e socialmente constituído e a realidade social como resultante das atividades de homens concretos que, por intermédio dessas atividades

se objetivam e se subjetivam, requer um esforço teórico-metodológico que permite lidar com supostos antagonismos, sem perder de vista a noção da constituição mútua. Uma das grandes dificuldades diz respeito ao reconhecimento de que do social constitui-se o sujeito (GÓES, 1993), ou seja, em que medida há um eu que, socialmente constituído, caracteriza-se como singular.

Desse modo, o sujeito de que se fala somente pode ser entendido enquanto tal na medida em que é histórico e socialmente constituído, pois desde que nasce se apropria das características humanas objetivadas nos diversos elementos da cultura. Por sua vez, esse mesmo sujeito, por meio de suas atividades objetiva-se e imprime sua marca no contexto social em que se insere, objetivação esta mediada pelo que foi socialmente apropriado.

3.5 Construindo redes comunitárias para o controle do *Aedes aegypti*

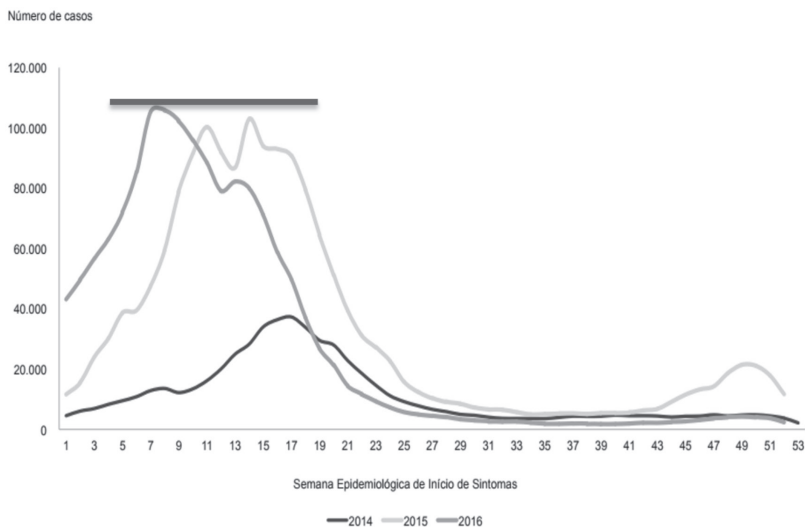
Em 2015, o Brasil enfrentava sua pior epidemia de dengue, tendo sido registrados 1.688.688 casos de dengue. Somando-se os 38.499 casos prováveis de febre de chikungunya chega-se a 1.727.187 casos de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Provavelmente os casos de Zika virus estavam computados neste número, tendo em vista que ainda não haviam exames laboratoriais que o distinguissem das outras duas doenças.

No período mais agudo da epidemia, que se estendeu da semana epidemiológica (SE) 9 a 19 (fevereiro a maio), chegou-se a cerca de 100 mil casos de dengue em apenas uma semana, por duas vezes, nas SE 11 e 13 (março). Se não bastassem as epidemias

de dengue e a emergência das febres por zika e chikungunya, os casos de microcefalia em neonatais aumentaram de forma assustadora, comprovadamente relacionados à contaminação das gestantes pelo zika virus.

Em 2016, a epidemia se repetiu, quando foram registrados 1.500.535 casos prováveis de dengue no país, que somados aos 271.824 casos de chikungunya e 215.319 casos de Zika virus chegamos a 1.987.678 casos de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*, o que torna a epidemia de 2016 maior que a de 2015 (Figura 7).

Figura 7: Brasil, casos prováveis de dengue, 204, 2015 e 2016



Fonte: BRASIL (2017)

Em Minas Gerais, ocorreu coisa semelhante. O número de casos de dengue foi progressivamente maior a cada ano, a

partir de 2014. Em 2015, foi registrado um aumento de 333,3% em relação ao ano anterior e em 2016 foi registrado um aumento de 269,2% em relação a 2015, chegando a 524.600 casos, como apresentado na Tabela 1 (MINAS GERAIS, 2017).

Tabela 1: Minas Gerais, casos Prováveis de dengue, 2012 a 2016

Mês	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Jan	14.470	3.812	2.342	35.519	5.016	7.075	57.901
Fev	29.488	5.659	2.599	62.557	8.576	9.339	138.524
Mar	55.309	7.350	3.887	146.925	11.294	27.853	158.624
Abr	62.406	8.662	4.753	123.965	15.335	59.992	122.335
Mai	38.813	6.914	3.848	31.309	9.815	51.245	36.565
Jun	6.398	1.690	2.525	7.232	3.496	14.198	4.752
Jul	1.682	655	1.221	1.654	1.116	3.305	1.010
Ago	611	419	650	673	552	1.226	627
Set	493	399	532	577	653	979	628
Out	419	504	659	744	643	1.313	745
Nov	811	880	1.162	1.056	874	3.824	1.208
Dez	1.651	1.365	6.356	2.526	1.101	14.533	1.847
Total	212.551	38.309	30.534	414.737	58.471	194.882	524.600

Fonte: MINAS GERAIS (2017)

Prevenir a dengue parece ser simples, basta evitar a reprodução do mosquito e, para isso, é preciso eliminar os criadouros. A regra básica é não deixar água parada em qualquer tipo de recipiente. Mas, na prática, isso é um desafio para a saúde pública, difícil de ser superado.

No Brasil, todos os anos são gastos milhões de reais no Programa Nacional de Controle da Dengue para o combate do mosquito *Aedes aegypti*. No entanto, as estratégias adotadas parecem não serem eficazes, já que há mais de quarenta anos

as epidemias são recorrentes, e cada vez em patamares mais elevados.

O governo realiza o combate à doença ignorando a população, depois a culpa por não fazer a sua parte. Não há duas partes, a do governo e a da população, mas uma só parte. Governo e população devem estar juntos, em um mesmo plano, trabalhando juntos na mesma ação.

É necessário pensar a dengue a partir de estratégias de prevenção e promoção da saúde que tirem o foco do indivíduo e da doença para estabelecer ações que busquem a mudança dos contextos de vida das populações. Em algumas cidades, a falta de infraestruturas e alguns serviços urbanos como abastecimento regular de água, coleta de lixo são fundamentais, porém mais fundamental é a participação da população, porque os criadouros do mosquito estão dentro das casas. Sem isso, não é possível controlar o *Aedes aegypti*.

No Programa de Controle da Dengue, na maioria dos municípios a estratégia principal é o combate ao vetor, a partir da visita domiciliar de um exército de Agentes de Controle de Endemias, com remoção mecânica de criadouros e controle químico dos focos do mosquito. Foi exatamente isso que Oswaldo Cruz fez no início do século XX, para controlar o *Aedes aegypti* e bloquear as epidemias de febre amarela: usou um exército de agentes de saúde e a aplicação de muito inseticida (veneno).

Os Agentes de Controle de Endemias entram nas casas com sacos pretos de baixo do braço para limpar as casas das pessoas. Com isso, fica claro que o governo espera que os agentes de endemias combatam o mosquito, como nos tempos de Oswaldo Cruz, e a população espera que isso ocorra.

Em verdade, superamos Oswaldo Cruz, quando o Presidente da República sancionou a Lei Nº 13.301, de 27 de junho de 2016, que autorizava a aplicação de inseticida sobre as cidades, por avião, como forma de controlar o *Aedes aegypti*, contrariando a comunidade científica e os técnicos do Ministério da Saúde.

O desespero era tão grande com a tríplice epidemia das doenças transmitidas pelos *Aedes aegypti* que esta mesma Lei, inspirada no sanitarismo autoritário do início do século XX, nos moldes da truculenta polícia médica, autorizava o ingresso forçado aos imóveis, quando o cidadão não autorizar a entrada do agente de saúde no domicílio (BRASIL, 2016).

Mas, o que está de errado nisto? Não é uma questão de saúde pública que justifica a força e a exceção para proteger a saúde e a vida dos cidadãos? É que existem duas formas de resolver a questão. Uma delas é essa, que efetivamente, ignora a participação popular na solução dos problemas. O Estado autoritário se acha no direito de assumir para si a responsabilidade de agir em nome de todos. A outra forma de resolver os problemas de saúde pública é partilhando as estratégias e ações com a população.

A partir do entendimento de que a saúde não depende apenas da nossa biologia ou das escolhas e ações que fazemos, mas sim, da somatória de tudo isso com o contexto no qual estamos inseridos (determinação social da saúde), é importante que os serviços e profissionais de saúde reconheçam o potencial social e comunitário para resolução dos problemas de saúde.

A superação do modelo biomédico consiste em reconhecer que um dos caminhos para melhoria da saúde está na consideração da realidade social que a população está inserida, tendo como parâmetro inicial a própria comunidade, através da articulação e

mobilização dos serviços, instituições e grupos comunitários em prol de um objetivo comum, o que constitui o que chamamos de redes comunitárias.

Nessa perspectiva, os agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias, agentes de saúde escolar, sob a coordenação das (os) enfermeiras, foram estimulados a constituir redes comunitárias para a promoção da saúde e controle da dengue, a partir das Unidades Básica de Saúde da Família (UBSF) e Unidades Básica de Saúde (UBS) em Uberlândia.

Em Uberlândia, em 2015, o processo de constituição das redes comunitárias iniciou-se com o curso de capacitação para os profissionais de saúde das UBSF e do CCZ (Centro de Controle de Zoonoses), no qual os participantes foram estimulados a pensar em estratégias de mobilização social que envolvessem as famílias, as instituições sociais e as instituições públicas para o controle da dengue, nas áreas de abrangência das UBSF e UBS.

O objetivo era envolver as instituições da sociedade civil e as instituições públicas, especialmente os setores de saúde e educação, para convencer a população de que bastavam apenas 10 minutos por semana para realizarem em sua casa uma vistoria e eliminar os criadouros do mosquito transmissor da dengue. O lema era “juntos somos mais”, convocando as pessoas a “cuidarem de sua saúde, da saúde de sua família e do lugar onde vivem”.

No curso de capacitação, a presença das enfermeiras coordenadoras de equipes de saúde da família foi fundamental, pois caberia a elas liderar o trabalho da criação das redes que iriam articular a intersetorialidade, em especial, os setores da educação, do desenvolvimento social e da saúde e, ainda,

promover a mobilização das instituições sociais (ONGs, entidades da sociedade civil, dentre outros) com o intuito de realizar prevenção e promoção da saúde.

Durante o curso discutiram-se aspectos teóricos e práticos para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde tendo como foco o controle do mosquito *Aedes aegypti* e o processo de territorialização e integração dos agentes de combate a endemias com os agentes comunitários de saúde, nos territórios da atenção básica. De início, optou-se por realizar o curso com todas as 69 equipes da saúde da família (UBSF) e 9 equipes da atenção básica (UBS) da zona urbana. É importante ressaltar que embora as unidades de saúde da zona rural não tenham participado do curso, num primeiro momento, elas foram capacitadas no primeiro semestre de 2016, na medida em que a experiência estava sendo realizada.

Para realização do curso contamos com o apoio da coordenação da Atenção Básica de Saúde, com o coordenador do Programa da Dengue e com o coordenador do Programa Saúde na escola, que tiveram papel importante, não só de apoiar a iniciativa, mas também de mobilizar em cada setor os sujeitos que deveriam participar do curso.

Enquanto, discutíamos a estratégia de integração dos agentes de controle de endemias com os agentes comunitários de saúde, para juntos realizarem ações de prevenção e promoção da saúde, com foco no controle do *Aedes aegypti*, o Ministério da Saúde, alterava o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011 para determinar que se realizassem ações integradas do agente comunitário de saúde com os agentes de controle de endemias, em casos de surtos e epidemias, com a

publicação da Portaria nº 2.121, de 18 de dezembro de 2015.

Art. 2º do Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, passava a vigorar acrescido do seguinte inciso ao subtítulo “Do Agente Comunitário de Saúde”:

“IX - ocorrendo situação de surtos e epidemias, executar em conjunto com o agente de endemias ações de controle de doenças, utilizando as medidas de controle adequadas, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores, de acordo com decisão da gestão municipal” (BRASIL, 2015).

A referida Portaria reforçava a importância da referida Portaria reforçava a importância da articulação intersetorial no combate ao mosquito *Aedes aegypti*. A Secretaria Municipal de Saúde e o diretor da Vigilância em Saúde, entendendo a necessidade do trabalho integrado entre vigilância e assistência, já haviam se antecipado à determinação da Portaria, de modo que essas ações já estavam sendo desenvolvidas em Uberlândia.

Uberlândia tinha, em agosto de 2015, 431 Agentes de Combate a Endemias (ACE) efetivos, com cerca de 230 integrando o Programa de Controle da Dengue. Desse total, 80 foram designados para participarem do processo de territorialização e integração na atenção básica, junto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), numa relação de 1 ACE para cada equipe de saúde da família. Foram esses 80 ACE que participaram do curso.

Também participaram 49 Agentes de Saúde Escolar (ASE) que trabalhavam em escolas de ensino fundamental na área urbana. Cada ASE é responsável por aproximadamente 1.700

estudantes, em 83 escolas (educação infantil municipal e ensino fundamental municipal e estadual), com aproximadamente 43.619 alunos atendidos.

Das 69 equipes de saúde da família da área urbana, participaram do curso 300 agentes comunitários de saúde e 69 enfermeiros (as) (Tabela 2).

Tabela 2: Número de profissionais capacitados, Uberlândia 2015

Profissional	N.	%
Enfermeiros (as)	69	14
Agentes comunitários de saúde	300	60
Agentes de combate a endemias	80	16
Agentes de saúde escolar	49	10
Total	498	100

Organização: SANTOS, F.O; LIMA, S. C. (2016).

Para melhor aproveitamento do curso, dividiu-se a capacitação em sete turmas, compostos por uma média de 10 unidades de saúde em cada turma. Essa divisão foi importante, porque permitiu que os profissionais que trabalham na mesma unidade realizassem o curso com sua equipe de trabalho. Isso possibilitou uma maior interação e uma aplicação mais efetiva das atividades no território em que estavam inseridos.

O curso de capacitação, realizado na Universidade Federal de Uberlândia foi ministrado pelos seguintes profissionais: Dr. Samuel do Carmo Lima, docente da Universidade Federal de Uberlândia, que na ocasião exercia o cargo de diretor da Vigilância em Saúde do município; Dr. João Carlos de Oliveira, professor

da Escola Técnica de Saúde da UFU, que desenvolve trabalhos na área da mobilização comunitária e dengue e; a doutoranda Flávia de Oliveira Santos, técnica do Laboratório de Geografia Médica, e ainda, seis estagiários dos cursos de Geografia, Saúde Ambiental, Psicologia e Direito da Universidade Federal de Uberlândia, que atuaram como monitores.

O curso teve início em agosto de 2015 e encerrou-se em dezembro de 2015, com duração de 30 horas para cada turma, sendo que, desse total, 12 horas foram desenvolvidas em sala de aula e 18 horas foram desenvolvidas em atividades práticas na área de abrangência das respectivas unidades de saúde. No final, os participantes receberam um certificado de participação.

O curso foi dividido em 3 módulos, com os seguintes temas: Visita Domiciliar, Mobilização Comunitária e Articulação Intersetorial. Em cada módulo foram realizadas discussões teóricas e de planejamento para as atividades práticas que foram realizadas em dispersão, nos território de abrangência das equipes de saúde da família.

1º Módulo - Visita domiciliar: fez-se uma discussão inicial sobre a epidemia da dengue, abordando questões relativas ao trabalho dos agentes nas visitas domiciliares, levando-os a refletir sobre o que é promoção da saúde, como são realizadas as visitas no território e como envolver os Agentes Comunitário de Saúde (ACS), Agentes de Combate a Endemias (ACE) e Agentes de Saúde Escolar (ASE) nesse trabalho.

2º Módulo - Mobilização comunitária: Fez-se uma discussão sobre essa temática e como a mesma pode contribuir para a vigilância e controle da dengue no território. Nesse módulo procurou ainda instigar os participantes a refletirem sobre qual é o papel das instituições sociais nesse processo e como podem

contribuir com a saúde da população, sempre envolvendo os ACE, ACS e ASE.

3º Módulo - Articulação Intersetorial: Levantou-se uma discussão sobre a importância da intersectorialidade entre as instituições públicas para a vigilância e o controle da dengue, levando os participantes a refletirem sobre como devem ser realizadas a articulação intersectorial e a mobilização dessas instituições.

No 1º módulo, abordando o tema “visita domiciliar”, de início apresentou-se uma questão para estimular o debate: Como evitar a epidemia de dengue que está anunciada para o próximo verão? Assim, foi possível notar a percepção dos agentes de saúde e enfermeiras (os) com relação a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da dengue, do zika vírus e da chikungunya e o que deveria ser feito para impedir a epidemia.

Nas discussões, a maioria dos agentes de combate de endemias relataram dificuldades de acesso às residências como uma das causas da epidemia de dengue. Contaram que uma boa parte dos moradores não se disponibilizou em atendê-los, em sua maioria, por medo, pois não os conhecem, isso devido a rotatividade dos ACE na cidade, sempre mudando de área de trabalho, quase nunca voltando ao mesmo lugar. A maior parte dos agentes de saúde acreditavam que com a territorialização, o acesso às famílias seria facilitado, o que contribuirá para uma maior efetividade do seu trabalho nas residências.

Além disso, muitos disseram que a imagem do ACE tem se perpetuado como ‘catador de lixo’, o que era repudiado por eles. Relataram que alguns moradores esperam a visita deles para recolher os entulhos jogados no quintal. Também contaram que nas visitas encontram casas vazias, apartamentos fechados, terrenos baldios, que estão repletos de lixos jogados em sua

maioria pelos próprios moradores do bairro, o que dificulta o trabalho de prevenção e eliminação dos criadouros.

Em contrapartida, os agentes comunitários de saúde diziam que não encontravam dificuldade de acesso às residências, porque fazem parte da comunidade e estão lá desde a implantação da equipe de saúde da família, exercendo suas funções na área de abrangência da unidade, o que ajuda a criar confiança e vínculo, facilitando o contato direto com as famílias. No entanto, acreditavam que essa tarefa iria sobrecarregá-los, afirmando que esse trabalho era dos agentes de combate a endemias e não deles, o que gerou alguns conflitos no início do curso.

Sendo assim, fez-se necessário reforçar que a Política Nacional de Atenção Básica (2012), enfatiza que entre as várias funções do ACS está o combate à dengue na sua área de abrangência.

[...] Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco [...] (BRASIL, 2012, p. 49).

Já os agentes de saúde escolar relatavam que já fazem esse trabalho de orientação para o controle do *Aedes aegypti* nas escolas todos os anos, por meio de palestras, panfletos, entre outras, e não percebiam como poderiam contribuir neste trabalho integrado.

Nas discussões, percebeu-se certo descontentamento dos agentes comunitários de saúde com relação a carga horária de trabalho. Enquanto os ACE tem que cumprir uma carga horária de trabalho de seis horas por dia, os ACS têm que trabalhar oito

horas. Os agentes de combate a endemias também reclamavam da falta de um espaço fixo para descanso, utilização de banheiro, realização de lanches, dentre outros. Com a territorialização dos mesmos nas unidades de saúde, essas condições de trabalho poderiam ser resolvidas.

Para Chiaravalloti Neto (2007), a relação entre agentes de combate a endemias e agentes comunitários de saúde é permeada por conflitos que derivam da diferenciação de *status*. Os ACE se ressentem de melhores condições de trabalho, sempre tendo por parâmetro a condição dos agentes comunitários de saúde, sendo o conflito reiterado por estes. Mesmo assim, experiências relatadas pelos agentes comunitários de saúde quanto à forma de atuação poderiam servir de modelo para os agentes de combate a endemias.

A medida que o debate acontecia alguns conceitos foram sendo abordados e discutidos tais como: promoção da saúde, intersectorialidade e mobilização comunitária, sempre com o intuito de incitar a participação dos agentes e de instigá-los a refletir sobre as ações de promoção da saúde no território para o controle da dengue.

Uma premissa básica nos debates era que a vigilância para o controle da dengue não se faz sem a participação comunitária e a mobilização comunitária não nasce espontaneamente, é necessário que as pessoas se sintam pertencentes e se identifiquem com o que está sendo proposto (OLIVEIRA, 2012).

Logo após as discussões preliminares, a turma foi orientada a se dividir em grupos e se deslocar para as salas de aula. Cada sala teve a presença de um professor que orientava as atividades. Os participantes foram estimulados a discutir algumas questões apresentadas: Porque temos epidemias de dengue com óbitos

todos os anos? Como convencer a população a cuidar do seu domicílio e eliminar criadouros do mosquito? Como realizar visitas domiciliares mais eficazes para mobilizar as famílias? Os participantes debatiam as perguntas, enquanto um relator do grupo anotava os principais argumentos apresentados.

Com a orientação dos professores, os grupos foram estimulados a discutirem as questões colocadas, sempre apontando soluções. A intenção é que os participantes revissem o método utilizado por eles nas visitas domiciliares e buscassem melhorar a abordagem com as famílias para envolvê-la nesse processo. Como os ACS estão em contato diário com a população, estes conhecem melhor a realidade na qual estão inseridos, por isso podiam trazer contribuições significativas para o debate e para as ações que deveriam ser realizadas em conjunto para que alcançasse uma maior efetividade.

De acordo com Góis (2008), promover a participação e a mobilização requer posturas e métodos, demanda formas pedagógicas de agir, que tenham por base as ciências humanas e sociais. Um desses métodos é a pesquisa-ação-participante, um método político pedagógico que une a pesquisa com ação-participante, numa perspectiva de mudança individual e social, aprendizagem, convivência e construção conjunta do conhecimento.

Chiaravalloti Neto; Moraes e Fernandes (1998) faz uma crítica a tendência dos programas de controle da dengue de tentarem estabelecer um nível de conhecimento ideal sobre a doença, através do repasse de informações, supondo que isso gera mudanças. Estes não consideram os conhecimentos prévios dos cidadãos e a sua visão sobre o problema, e não incentivam a sua participação na discussão e proposição de ações educativas

na comunidade.

Essas discussões realizadas durante o curso de capacitação proporcionaram uma maior integração entre os agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias e agentes de saúde escolar e ainda, propiciou um melhor entendimento dos serviços executados pelos mesmos no território. A princípio percebeu-se que os ACS tinham uma visão distorcida do trabalho dos ACE, atribuindo a eles o papel de limpar os quintais dos moradores, mas aos poucos, essa ideia foi sendo desmitificada. Após as discussões os grupos retornaram para o anfiteatro e apresentaram a síntese do debate realizado em grupo.

Nas sínteses apresentadas pelos grupos foi possível perceber que os agentes de saúde acreditam que para evitar a dengue é necessária a eliminação dos criadouros do mosquito. No entanto, ressaltavam que é importante a conscientização da população. Alguns grupos relataram que para acabar com a dengue bastava *“a eliminação dos criadouros do mosquito (pneus, garrafas, vasilhas), porém deve-se ressaltar que essa questão envolve fatores múltiplos, dentre eles destaca-se uma maior conscientização da população e um maior preparo dos agentes no que se refere a transmitir as informações corretas, etc”*.

Em outro relato disseram que para se evitar a dengue, além da conscientização e preparo dos agentes é necessário envolver os alunos das escolas e melhorar a abordagem com as famílias nos domicílios. *“As crianças são essenciais nesse processo e o agente tem que ter bom senso no atendimento”*.

Uma sugestão de melhoria nas visitas domiciliares foi que as unidades deveriam ter *“um caderno de comunicação interna, em que o agente comunitário de saúde ao realizar visita domiciliar e evidenciar foco anotaria no caderno para que o agente de combate a*

endemias também pudesse realizar a visita no referido domicílio. E ainda, expor os dados epidemiológicos locais na sala de espera (nº de doentes com a dengue, focos, internações, óbitos)”.

Em outra síntese foi possível notar a preocupação do grupo com a falta de mais Unidades Básicas de saúde da família, ou falta de capacitação dos profissionais. *“A epidemia gera uma demanda excessiva as Unidades de saúde, sendo necessário fazer um planejamento para a execução de ações, para o combate do foco desta doença”.* Foi apontada como solução uma *“maior conscientização dos moradores por parte dos ACS, ACE e ASE, sendo necessário talvez punir com multas os moradores que não seguem as orientações ou beneficiar de alguma forma os residentes que atendem as orientações de prevenção”.* A medida que os resumos iam sendo apresentados, os professores realizavam as intervenções quando achavam conveniente.

A maioria dos participantes relatou que falta conscientização da comunidade com relação aos cuidados com a limpeza dos quintais e que para que isso acontecesse era necessário buscar alternativas de punição para os moradores. Além disso, acreditam que é importante um maior envolvimento das escolas nesse processo.

Como parte do curso foi apresentada uma atividade para dispersão no final de cada módulo. Assim, as discussões realizadas em sala foram colocadas em prática. No final do 1º módulo foi solicitado aos participantes que elaborassem um argumento de convencimento das famílias a assumir o seguinte compromisso: *“cada um cuidando da própria saúde, da saúde de sua família e do lugar onde vive”.* E ainda, que o argumento elaborado pela equipe de trabalho fosse aplicado nas visitas

domiciliares realizadas na suas áreas de abrangência durante as atividades práticas que deveriam ser realizadas na dispersão.

Para isso, os ACE, ACS, ASE e enfermeiras (os), foram orientados a realizar reuniões para elaborar as atividades. Dessa forma, além de pensarem em estratégias de mobilização das famílias, foi possível propiciar uma maior interação entre os agentes no seu ambiente de trabalho.

O 2º módulo iniciava-se com as discussões sobre as atividades realizadas durante a dispersão da aula anterior. Os grupos relataram como ocorreram as reuniões de planejamento, o processo de construção do argumento de convencimento das famílias e ainda, a percepção da equipe com relação ao resultado do trabalho nas visitas domiciliares.

No primeiro momento foram relatadas as dificuldades encontradas para a realização do trabalho. Seguiram-se os relatos de experiências positivas com a nova proposta de visita domiciliar. A maioria dos grupos disse que os argumentos elaborados para abordar as famílias sobre o controle do *Aedes aegypti* proporcionaram maior receptividade aos agentes de combate a endemias.

Um dos argumentos enfatiza a orientação dos moradores sobre necessidade dos residentes receberem bem o ACE e informavam que de agora em diante ele estaria fixo no território e que não necessitariam ficar receosos em abrir as residências para ele. Outro argumento era que para o efetivo controle do mosquito e a prevenção da doença fazia-se necessário a participação efetiva de cada morador na eliminação dos criadouros do mosquito.

Segundo Oliveira (2012) para que a mobilização aconteça e necessário sensibilizar e estimular sempre as pessoas, pois para

algumas, os interesses e as necessidades podem ser outros, por isso é importante ressignificar as suas identidades em relação as suas práticas e valores no grupo social.

O 2º módulo do curso de capacitação teve como tema “Mobilização comunitária para o controle da dengue”. Apresentou-se uma questão para aquecimento das discussões sobre a temática: Como as instituições sociais (ONGs, associações de moradores, igrejas, clubes e outros) podem ajudar na vigilância e controle da dengue? Os participantes foram estimulados a debater sobre o assunto, expondo suas opiniões, anseios e expectativas.

A participação comunitária é um dos elementos fundamentais na promoção da saúde. Os ACE, ACS, ASE, juntamente com a unidade de saúde podem contribuir para o envolvimento das instituições locais no combate ao mosquito *Aedes aegypti* e controle da dengue, assim como de outros problemas de saúde na área de atuação da equipe.

Em princípio, notou-se certa preocupação dos agentes de como realizar essa aproximação com as instituições e como estas poderiam contribuir. No entanto, a medida que o debate acontecia, ideias iam surgindo e possibilidades iam sendo levantadas. Normalmente, as pessoas acham que pouco podem fazer para ajudar no desenvolvimento da sua comunidade, cada uma cuida dos seus afazeres sem se preocupar com os problemas locais. Acreditam que isso é papel somente dos gestores públicos e de outras instituições, e não delas. É importante que as pessoas entendam os problemas e se motivem a participar na busca de soluções, reconhecendo que têm um papel relevante e responsabilidades para com a sua comunidade. Para que a mobilização comunitária seja realmente eficiente deve ser um

processo de fortalecimento da comunidade.

Após as discussões iniciais a turma foi orientada a dividir-se em grupos e se deslocaram para outras salas para dialogar sobre as seguintes questões: Quais instituições sociais há no território da UBSF? Como envolver essas instituições sociais em programas de mobilização das famílias para a vigilância e controle da dengue? Como elaborar um plano de trabalho com atividades permanentes para a vigilância e controle da dengue para essas instituições sociais até dezembro de 2015 (mobilização permanente x campanha)?

Neste módulo, o debate em grupo buscou explorar o entendimento dos agentes sobre a mobilização social e estimulá-los a pensar em estratégias de envolvimento das instituições na vigilância e controle da dengue no território.

No debate foi possível notar que a maioria dos agentes e enfermeiras ainda não compreendeu em essência os princípios da promoção da saúde, sendo pensadas práticas e ações de saúde de caráter preventivo e individual, fundamentadas em uma compreensão biologicista, não incorporando os determinantes sociais, econômicos, culturais, entre outros existentes.

Para Fracoli e Almeida (2011), as peculiaridades das ações de promoção da saúde executadas pelos ACS, no âmbito da ESF, demandam o redirecionamento da prática clínica. É necessário tirar o foco do modelo hospitalocêntrico e da alta especialização que marcam a conformação do sistema de saúde e a formação dos profissionais.

Com as questões debatidas, os participantes do curso retornavam para o anfiteatro a fim de compartilhar o relato das discussões. Nesse momento, os grupos faziam uma breve

exposição das ações pensadas para envolver as instituições locais no processo de mobilização contra dengue.

Na exposição das sínteses, cada grupo listou as instituições sociais existentes na área de abrangência de sua atuação. Os estabelecimentos mais citados pelos grupos foram: associações de moradores, igrejas, ONGs, Centro Espírita, Alcoólicos Anônimos, Centro Cultura, entre outros.

Para envolver as instituições sociais em programa de mobilização das famílias para vigilância e controle da dengue um grupo disse que é necessário *“orientar as pessoas responsáveis pelas instituições (padres, pastores, entre outros), chamando seus fiéis a gravidade da doença. Chamar atenção para o real problema, não como moeda de troca. A unidade de saúde deve realizar um plano emergencial para divulgar na comunidade”*.

Outros grupos relataram que para conseguir envolver as instituições é importante *“levar dados e informações, ressaltando a importância de uma ação em conjunto”*. E ainda, *“identificar os responsáveis das instituições e convidá-los para participar, enfatizando a importância da sua participação para o controle da dengue”*. *“Analisar em conjunto com os estabelecimentos as necessidades da região em que o mesmo responde”*. Também foi colocada a necessidade de *“mostrar de forma o mais consciente possível que a dengue não é de forma alguma um problema de responsabilidade somente da instituição de saúde, mas é um problema sério e que deve contar com o apoio de toda a comunidade”*.

Na questão referente a elaboração de plano de trabalho para as instituições alguns relataram a *“necessidade de realização do dia ‘D contra a Dengue’, de mutirões para recolhimento de recicláveis, palestras educativas, ação no bairro, roda de conversa”*. Também enfatizaram a necessidade de *“unir a equipe ACS, ACE, ASE,*

para elaborar uma proposta para cada tipo de instituição. Envolver toda a comunidade, jovens, crianças e idosos. Buscar informações para levar a comunidade sobre o que é a doença, conscientizar os líderes da comunidade sobre a importância de combater o mosquito”.

Segundo Negreiros et al. (2009) a efetividade das estratégias comunicacionais, que funcionam como um dos principais meios de influência dos comportamentos, é essencial para que os projetos de mobilização social tenham êxito.

Para finalizar as atividades do 2º módulo apresentaram-se as ações que deveriam ser realizadas no momento de dispersão antes do próximo encontro, de modo a colocar em prática as discussões feitas em sala de aula. Os ACS, ACE, ASE e enfermeiras (os) foram instruídos a se reunirem para escolher instituições sociais e elaborar propostas de plano de trabalho para envolvimento das mesmas com a vigilância e controle da dengue, lembrando o lema: “cada um cuidando de sua saúde, da saúde da sua família e do lugar onde vive. Só assim podemos controlar a dengue”. E ainda, procurar os dirigentes dos estabelecimentos escolhidos para apresentar o projeto, negociar as propostas (aceitando alterações que forem sugeridas) e contratualizar sua execução.

O desafio proposto era envolver a população na vigilância e controle do *aedes aegypti*, através da mobilização das instituições locais nesse processo.

No 3º e último módulo do curso de capacitação os participantes iniciavam com o relato das atividades de dispersão proposta no 2º encontro. Nesse momento foram compartilhados os trabalhos realizados, as dificuldades encontradas e ainda, houve troca de experiências e ideias.

Algumas unidades relataram dificuldades de acesso as

instituições e não conseguiram realizar a atividade de dispersão. Em contrapartida, outras equipes conseguiram entrar em contato com os estabelecimentos escolhidos e propuseram parceria com os mesmos para vigilância e controle da dengue no território, chegando a realizar a contratualização com as mesmas. Dentre elas, a igreja Assembleia de Deus e o Centro de Artes e Esportes Unificados.

Percebe-se que o envolvimento da enfermeira coordenadora das unidades de saúde foi essencial nesse processo. Até porque compete a ela a organização dos trabalhos na unidade e orientação das atividades dos agentes. Caso, a enfermeira (o) não estivesse motivada (o) ou interessada (o), os agentes de saúde teriam dificuldades para desenvolver esse trabalho.

Com a finalização dos relatos das atividades desenvolvidas, deu-se início as atividades do 3º módulo do curso de capacitação com o tema “Articulação intersetorial para a vigilância e controle da dengue”.

No primeiro momento fez-se uma introdução ao tema, abordando o conceito de intersetorialidade. Atualmente, percebe-se que as políticas públicas não estão sendo eficientes em atender as demandas das populações. Nesse sentido, a intersetorialidade passou a ser um dos requisitos para se alcançar a efetividade das ações, visando a articulação entre instituições governamentais e entre essa e a sociedade.

Após as explicações iniciais sobre o tema apresentou uma questão ao debate, para aquecimento da discussão: Como as instituições públicas da Educação, Desenvolvimento social, Meio ambiente e Segurança pública podem ajudar na vigilância e controle da dengue?

É importante que os profissionais das unidades de saúde (ACS, ACE, ASE e Enfermeiras) percebam que os problemas sociais, assim como as ações de controle da dengue no território exigem vários olhares e diferentes maneiras para atuar. E ainda, que a articulação de saberes e práticas proporciona o entendimento e a construção integrada de soluções que garantem à população uma melhor qualidade de vida.

De acordo com Fracolli e Almeida (2011) para que os projetos de promoção da Saúde obtenham êxito é necessário apostar em ações intersetoriais que envolvam não só os indivíduos, mas as famílias e a comunidade.

Logo após as discussões os participantes foram orientados a se deslocarem do anfiteatro para salas de aulas e se dividirem em grupos, sempre com a presença de um professor para coordenar as atividades. A turma escolhe um relator para anotar as principais ideias das discussões realizadas para posteriormente serem apresentadas para toda a turma do curso.

Foram apresentadas aos grupos três perguntas que nortearam as discussões: Quais instituições públicas há no território da UBSF? Como envolver essas instituições públicas em programas de mobilização das famílias para vigilância e controle da dengue? Como elaborar um plano de trabalho com atividades permanentes para vigilância e controle da dengue para essas instituições públicas até dezembro de 2015 (mobilização permanente x campanha)?

Nestas discussões foi possível perceber que já havia uma maior interação entre os agentes, que conseguiam discutir com mais tranquilidade, motivação e afinidade as questões colocadas. Para Ceretta (2012) é fundamental trabalhar motivação,

visando despertar emoções e reconhecimento do trabalho dos profissionais do grupo, das situações de insegurança e incerteza que envolvem seu trabalho, para o qual é necessário somar esforços e coordenar impaciências. Era necessário mostrar para os grupos, que é possível através da reflexão e do trabalho articulado, encontrar alternativas para o controle da dengue no território.

Encerrado o debate dos grupos nas salas, os participantes retornaram ao anfiteatro para apresentar a síntese das discussões realizadas. Nos relatos, foram citadas algumas instituições públicas localizadas nas áreas de abrangência das Unidades de saúde que poderiam ser parceiras na promoção da saúde e controle da dengue no território, tais como: Unidades de Atendimento Integrado, Centros de Referência de Assistência Social, Escolas de ensino fundamental e infantil, Corpo de bombeiros, Creches, Centros poliesportivos, Polícia militar, dentre outros.

Para envolver essas instituições os grupos enfatizaram a necessidade de *“reunir com as coordenações das instituições para avaliar a possibilidade de abertura com o tema da dengue”*. *“Propor atividades como: palestras, teatros, demonstração na prática”*. *“Ir de encontro com as instituições para se informar sobre as atividades que os estabelecimentos realizam e que podem ser aprimoradas”*. *“Articular um trabalho educativo com bombeiros para palestras nas escolas”*.

Também relataram que para envolver as instituições *“a informação e a comunicação são elementos primordiais para o sucesso do projeto”*. *“Formar equipes que fiquem responsáveis por mapear o seu o território”*. *Mudar o conceito de que a responsabilidade na prevenção da dengue, chikungunya e zica é só dos agentes de endemias e não somente do setor de saúde”*. *“Sensibilização e motivação das instituições”*. E ainda, enfatizaram a necessidade do *“envolvimento*

maior da escola, pois essa por ter um grande número de estudantes e um contato maior com as famílias pode ter uma contribuição significativa no combate à doença”.

Percebe-se na fala dos participantes que a falta de intersetorialidade foi mencionada, pois o combate à dengue não é responsabilidade só do setor da saúde, mas, também, de outros segmentos da governança (segurança pública, educação, etc.).

O desenvolvimento de ações de prevenção e controle da dengue, que é uma doença evitável, proporciona uma redução dos gastos com a saúde pública e possibilita um redirecionamento do investimento para outras doenças e agravos.

Para Taliberti e Zucch (2010), avaliar o custo e o impacto econômico da dengue no município significa conhecer não somente os custos dos vários componentes do programa municipal de controle da dengue, implica também refletir sobre os gastos relacionados ao tratamento da doença, desde o atendimento nas unidades básicas de saúde até o diagnóstico e a hospitalização dos casos mais severos, sobre os gastos que recaem sobre as famílias, incluindo-se os dias perdidos de trabalho dos doentes e dos cuidadores e, finalmente, sobre os prejuízos para a economia do país.

De acordo com o Ministério da Saúde o financiamento das ações de combate à dengue por meio do Piso Fixo de Vigilância em Saúde aumentou 31,89% nos últimos quatro anos, passando de R\$ 947,7 milhões, em 2012, para 1,25 bilhão, em 2015 (BRASIL, 2015).

Nesse sentido percebe-se a necessidade de ações contínuas, o que possibilita o fortalecimento das famílias e das instituições na mobilização contra a dengue e, conseqüente, uma diminuição dos custos com a doença.

Quanto a elaboração de um plano de trabalho com atividades permanentes para a vigilância e controle da dengue para as instituições locais, os grupos sugeriram *“uma maior interação entre os estudantes das universidades para auxiliar as unidades de saúde nesse projeto”*. *“Conhecer as instituições e os trabalhos desenvolvidos pelas mesmas”*. *“Apresentar uma proposta inicial para esses estabelecimentos”*. Também foram sugeridas *“coletas de recicláveis, gincanas nas escolas, teatros, realização de ações com as crianças, incentivando a limpeza dos quintais de suas casas”*.

No final da exposição das sínteses, foi levantada mais uma questão para o debate: Como coordenar a rede de parceiros de instituições sociais e públicas pactuadas para o controle da dengue?

Parrat-Dayán (2007) ressalta que as discussões são necessárias, pois é a partir do embate entre as coisas e entre os outros, que se produz uma troca de pontos de vistas. Sem a discussão, o espírito permaneceria num estado de conformismo. Ainda, segundo o autor, além da técnica da discussão, o pensar juntos passa a constituir um objetivo pedagógico.

Na finalização do 3º módulo do curso de capacitação foram apresentadas algumas atividades de dispersão para serem realizadas pelas equipes das unidades de saúde. Foi sugerido que os agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias e agentes de saúde escolar e enfermeiras realizassem reunião para escolher as instituições públicas e elaborar propostas de plano de trabalho para envolvimento destas com a vigilância e controle da dengue, lembrando o lema: *“cada um cuidando de sua saúde, da saúde da sua família e do lugar onde vive. Só assim podemos controlar a dengue”*. Depois, deveriam

procurar os dirigentes das instituições públicas para apresentar as propostas de plano de trabalho de vigilância e controle da dengue. Negociar a proposta (aceitando alterações que forem sugeridas) e contratualizar sua execução.

Na finalização do curso de capacitação foi realizado o seminário “Redes Territoriais Locais e Promoção da Saúde e Controle da Dengue”. Este foi o coroamento do curso de capacitação realizado para os agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias, agentes de saúde escolar e enfermeiras (os). O público alvo do seminário foram os profissionais que participaram do curso, demais profissionais da saúde, estudantes universitários, dentre outros.

Na abertura do evento, foi realizada apresentação da peça de teatro “Xô Dengue”, que tem como integrantes os estudantes do Programa Mais Educação e do Observatório da Saúde da escola municipal prof. Eurico Silva.

No período da manhã, o seminário contou com presença da professora Márcia Faria Westphal da Faculdade de Saúde Pública da USP, que abordou o tema “Redes territoriais locais”. Após a intervenção da palestrante, foi realizado um debate no qual os participantes tiveram a oportunidade de discutir a temática.

No período da tarde, as equipes das unidades de saúde, apresentaram em formato pôster ou em exposição oral os trabalhos realizados no território. Esse momento foi importante para estimular ainda mais as atividades que estavam sendo desenvolvidas a partir das UBSF e UBS.

Acredita-se que os agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias e agentes de saúde escolar podem ser

articuladores do processo de mobilização das instituições sociais e públicas, por conhecerem sua área de atuação, terem facilidade de acesso aos domicílios, escolas, famílias e conseqüente terem um vínculo maior com a comunidade. Não há dúvidas de que a mobilização social por meio da construção de redes comunitárias e a articulação intersetorial são estratégias que podem tornar exitosas as ações de controle de endemias no Brasil, sobretudo para as doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*.

3.6 As redes comunitárias em ação

A partir deste curso de capacitação, as Unidades de Saúde e suas equipes, ou seja, enfermeiros (as), agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias e agentes de saúde escolar, na parte prática do curso, foram estimulados a constituírem redes comunitárias que tinham como objetivo combater a infestação do mosquito *Aedes aegypti* em seus territórios de abrangência. As redes aqui, tinham como foco a dengue, mas também poderiam ser utilizadas como política pública de prevenção de outras doenças.

Ainda, em novembro de 2015, antes da finalização do curso de capacitação, o processo de constituição das redes comunitárias já estava ganhando forças no território de abrangência das unidades. Era a parte prática do curso que estava sendo realizada.

Uma experiência marcante desse movimento ocorreu na escola municipal Prof. Eurico Silva, onde um projeto de controle do *Aedes aegypti* já estava em andamento. As UBSF São Jorge II e III e a escola realizaram uma grande mobilização nos bairros do setor sul da cidade, convocando as outras escolas, as igrejas, as

ONGs, as associações para formarem uma rede comunitária de saúde.

A ideia foi contar com a participação de cada uma das instituições da rede para difundir a importância do cidadão fazer a sua parte, cuidando do lugar onde vive, estuda ou trabalha. Em especial, cada instituição mobilizava os seus participantes.

O marco dessa mobilização foi a presença do prefeito Gilmar Machado, que na ocasião assinou um pacto de cooperação entre as secretarias municipais de Educação e de Saúde, para juntas desenvolverem um projeto de prevenção e controle da dengue, tomando a escola como espaço preferencial para ações intersetoriais, cujo objetivo era mobilizar os alunos e as famílias para eliminar os criadouros do mosquito em seus domicílios.

Outra experiência interessante foi desenvolvida na parceria entre as equipes de saúde e o Educandário Lar Espírita Maria Lobato de Freitas, instituição que atua na área da educação e de serviços sociais. O sentido era o mesmo da mobilização desenvolvida a partir da Escola Municipal Professor Eurico Silva, para que os alunos e suas famílias realizassem a eliminação dos focos do mosquito transmissor da dengue.

As atividades pactuadas com o Educandário foram planejadas pelos agentes comunitários de saúde, agentes de combate à endemias e agentes de saúde escolar com a direção e os professores da instituição. Foi realizada a formação de agentes mirins de combate à dengue, que assumiriam a responsabilidade da vistoria semanal do domicílio para a eliminação dos criadouros do mosquito. Além disso, foram realizadas atividades e oficinas que visavam a transformação de pneus e garrafas PET em suporte para o plantio de hortaliças e plantas decorativas.

Em um dia especial, foi realizada uma exposição de mostruário do mosquito *Aedes aegypti* e suas fases, e móveis representando as fases do mosquito em tamanho aumentado. Também, houve a participação dos alunos da Escola Municipal Prof. Eurico Silva que apresentaram a peça de teatro “Xô dengue” (Foto 1).

As UBSF Seringueiras I e II deram início a uma parceria com a “Associação Cultural Manos do Hip Hop”, uma associação que oferece atividades ligadas à cultura, em especial a dança, que se localiza nas imediações das referidas unidades de saúde. Em primeiro lugar, foi realizada reunião com a instituição com o objetivo de pactuar a parceria e discutir um plano de ação.

Foram propostas diversas atividades, dentre elas um concurso de cartazes e um concurso de paródias, que foram realizados com as crianças e adolescentes que frequentam a instituição, com a presença dos pais. Neste dia, as famílias se comprometeram a eliminar os criadouros do mosquito de seus



Fonte: SANTOS. F. O. (2016).

Foi realizada uma feira de ciências em que se apresentou a exposição de larvas do mosquito, vistas à lupa microscópica, distribuição de panfletos com informações sobre a doença e como evitá-la e uma apresentação de teatro sobre a dengue.

No dia 10 de março de 2016, foi instituído o dia A contra o *Aedes aegypti*. Para este dia foram planejadas diversas atividades para mobilização dos alunos e suas famílias para a eliminação dos criadouros do mosquito. Neste dia, todas as escolas simultaneamente interromperam suas aulas, no segundo horário de cada período de aula (manha/tarde/noite) para realizarem as atividades, que tiveram a participação das equipes de saúde da família de todas as UBSF, dos agentes de combate às endemias e dos agentes de saúde escolar. Em cada escola, os estudantes levaram para casa um bilhete aos pais e/ou responsáveis alertando-os sobre a importância de cuidar da limpeza dos quintais para eliminação dos criadouros do mosquito.

Neste dia A contra o *Aedes aegypti*, na escola municipal Prof. Otávio Batista Coelho Filho foram realizadas em todas as salas, rodas de conversa com os estudantes sobre as formas de eliminar os focos do mosquito *Aedes aegypti*, com a presença de uma

professora e um agente de saúde. Neste dia, também foi iniciada a formação de um comitê de mobilização contra a dengue. Foi solicitado aos estudantes interessados em participar do referido comitê que preenchessem um formulário e o entregassem para a professora para oficializar sua adesão. O comitê foi criado com a participação de estudantes, pais e professores.

Já na escola municipal Guarda Antônio Rodrigues do Nascimento, as atividades sobre a dengue e outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* já estavam sendo realizadas desde o início do ano. O tema havia sido inserido para debate em todas as disciplinas. Segundo a diretora da escola, o “Dia A contra a Dengue” foi proveitoso porque possibilitou maior integração dos alunos e professores na campanha contra o mosquito. Ressaltou ainda, que as atividades foram coordenadas pelas professoras de literatura, linguagem, educação física e artes.

Em cada sala foram apresentados os trabalhos que haviam sido realizados pelos alunos, anteriormente. Em algumas salas foram lidos e debatidos textos escritos pelos alunos. Em outras, apresentaram-se jograis (declamação de poemas ou canções por um coro, alternando entre o canto e a fala) elaborado pelos próprios estudantes, que enfatizavam a importância da participação de todos no combate ao mosquito *Aedes aegypti*. Também, em outras salas foram apresentadas paródias de rap sobre a temática. Em todas as apresentações foi abordada a necessidade de que cada um assuma sua responsabilidade na eliminação dos focos do mosquito e conseqüentemente a diminuição dos casos da doença.

Na Escola Municipal Professor Milton Magalhães Porto, a mobilização do “Dia A contra o *Aedes aegypti*” aconteceu com a apresentação de uma peça de teatro. Um grupo de cinco

alunos entrou em todas as salas de aulas, acompanhados de uma professora, encenando a história da baratinha que recebia a visita de um “amigo ilustre”, o mosquito *Aedes Aegypti*.

A cena, que foi bastante informativa, contou sobre quão ansiosa estava a baratinha para receber seu amigo e o quanto desesperada ficou ao descobrir como ele era nocivo à saúde; confirmado pela história de uma outra personagem que havia recebido a visita do mosquito e ficou um tempo adoentada. Em todas as salas, a cena foi bem recebida pelas crianças e também pelas professoras, que observavam atentas. Ao final da apresentação foi realizada a orientação para que cada aluno, ao chegar em casa, realizasse uma vistoria no quintal para eliminar os criadouros do mosquito e para evitar a dengue. As respostas das crianças foram unânimes, todos levantaram o braço dizendo que o faria o que havia sido sugerido.

Além da encenação nas salas de aula, foram realizadas apresentações para todos os servidores, fazendo uma exposição do projeto, convocando-os a participar da mobilização da escola contra o mosquito.

O Governo Federal, por meio de uma ação articulada entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação que estimulasse o fortalecimento da integração entre os setores da Saúde e da Educação no nível local convocou as escolas de ensino fundamental a enviarem relatos de experiências exitosas sobre ações de combate ao *Aedes aegypti*, que foram publicadas no Guia de Relato de Experiências (BRASIL, 2016).

A Escola Municipal Prof. Eurico Silva, em Uberlândia, apresentou o relato da experiência dos alunos que, sob a coordenação da professora Flávia Queirós e do acadêmico

do curso de Artes Plástica da UFU Waquila Correia da Silva, escreveram o texto, criaram o figurino e a maquiagem e a encenaram a peça Xô Dengue em muitas escolas, em diversos espaços culturais da cidade, abrindo eventos científicos na Universidade, inclusive no Instituto de Artes Plásticas.

Dentre os mais de mil relatos recebidos de todo o Brasil, a experiência da Escola Municipal Prof. Eurico Silva², foi selecionada pelo Ministério da Educação. O reconhecimento veio com a visita de um representante do Ministério, para ver de

2 <http://uiipi.com.br/destaques/destaque-2/2016/04/08/escola-professor-eurico-silva-recebe-premiacao-nacional/>

perto a iniciativa da escola no combate ao mosquito *Aedes aegypti* e entregar o prêmio. Neste dia, com a presença da secretária de educação, profa. Gercina Novais, os alunos realizaram mais uma vez a apresentação da peça de teatro Xô Dengue.

4

AINDA HÁ MUITO QUE FALAR E OUVIR

É verdade que não é possível dizer tudo sobre alguma coisa, primeiramente porque não se sabe tudo. Em pouco tempo vamos descobrir que o que hoje sabemos é apenas parte. Portanto, é necessário ter a humildade para ouvir, antes de falar. As citações apresentadas neste livro são as vozes que temos ouvido. Ainda há outras, que por limitação destas páginas não estão aqui. Também, temos ouvido nossos professores e nossos alunos e com eles aprendemos todos os dias. Com isso descobrimos que o que hoje sabemos não é absoluto. Deste modo, não devemos ignorar aquilo que nos contradiz, porque pode ser que não estejamos certos absolutamente. Portanto, devemos seguir aprendendo sempre.

Nas últimas páginas deste livro, vamos sintetizar os

principais pontos sobre promoção da saúde, redes comunitárias e territórios saudáveis, a começar pela ideia de que a saúde não depende exclusivamente de processos biológicos que têm sede no corpo biológico.

Promoção da saúde não é o mesmo que prevenção das doenças, mas primeiro vamos voltar à prevenção. Temos certeza de que a doença tem precedência sobre a saúde, pela emergência que se estabelece quando o doente não é cuidado imediatamente. A doença se agrava e seguindo esta história, se a doença continuar sem tratamento o doente morre. Mas, para aqueles que não estão doentes, frequentemente se diz: *fiquem em casa, não venham a unidade de saúde, porque já estamos assoberbados com “tantos pacientes”*.

É exatamente por isso que os doentes são muitos, porque nos assoberbamos com eles, não tendo tempo e nem dedicando mais recursos financeiros para evitar a doença. Mas, os programas de saúde da atenção básica que estabelecem assistência aos doentes também faz prevenção, por exemplo, a prevenção das doenças crônicas. Esta prevenção, baseada na história natural da doença, se ocupa para que o diabético e o hipertenso não se instabilizem. Mas, e aqueles que ainda não são diabéticos, nem hipertensos, mas brevemente vão manifestar esses sintomas? Nada se faz, ou melhor, aquilo que é dito para os doentes também é dito aos demais, é preciso mudar o estilo de vida. A prevenção prescritiva é pouco efetiva porque o indivíduo não é capaz de atendê-la, não porque falte força de vontade, porque falte conscientização, mas porque há contextos de vida que o impede.

Então precisamos falar de Determinação Social da Saúde. Não somente que a causação das doenças geralmente está fora

do corpo, no lugar onde se vive, determinada pelas condições sociais, econômicas, psicológicas e culturais, mas também que o indivíduo está envolvido por estas condições que estabelecem um contexto de vida, do qual ele não consegue escapar. Ainda que se conheça alguma pessoa que atendeu a prescrição, a maioria das pessoas não consegue. Então, temos que concordar que a exceção não anula a regra.

Os profissionais de saúde insistem em prescrever ao indivíduo, mesmo sabendo que a maioria deles não consegue aderir a prescrição, porque não conseguem perceber outra forma de prevenção. Se o indivíduo está impedido de fazer aquilo que a prescrição determina por um contexto de vida, quem sabe a solução não está em mudar o contexto. Mudar o contexto que facilita a prevenção é promoção da saúde.

Mas, esse aparente antagonismo, que poderia nos colocar diante da escolha entre essa ou aquela estratégia, em verdade podem ser estratégias complementares: prevenção da doença e promoção da saúde.

A ideia de promoção da saúde vem desde o século XVIII, quando a degradação ambiental e as péssimas condições sociais das populações pobres nas cidades industriais da Europa eram, reconhecidamente, a causa para a baixa qualidade de vida e as epidemias recorrentes. Mais recentemente, a partir de Lalonde em 1974, iniciou-se no Canadá um novo movimento de promoção da saúde, que inspirou Alma-Ata. Não é sem razão que a primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada no Canadá, em Ottawa, em 1986.

A Carta de Ottawa sintetizava promoção da saúde em cinco estratégias: a) construir políticas públicas saudáveis, b) construir

ambientes saudáveis, c) reforçar a participação comunitária, d) desenvolver habilidades pessoais, e) reorientar os serviços de saúde.

Lembram-se do castigo de Sísifo, de rolar uma pedra montanha a cima. Quando a pedra estava quase lá, ela rolava para baixo. O contexto era adverso, por isso ele era incapaz de cumprir a tarefa. Como tinha que repetir essa tarefa todos os dias da eternidade, só há duas soluções possíveis. Fortalecer Sísifo ou reduzir o tamanho e a inclinação da montanha. Promoção da saúde permite elevar o nível de saúde das pessoas porque pode utilizar dessas duas estratégias: fortalecer o indivíduo e construir territórios saudáveis, nos quais a montanha não seja tão alta e sua inclinação não seja tão íngreme, ou seja, construir territórios saudáveis é construir contextos favoráveis à saúde no lugar onde se vive.

De lá para cá, o Canadá seguiu com uma promoção da saúde baseadas no empoderamento dos indivíduos para o estabelecimento de estilos de vida saudáveis, baseando-se claramente em duas estratégias da Carta de Ottawa: reforçar a participação comunitária e desenvolver habilidades pessoais, com maior ênfase para o autocuidado e a responsabilização individual, o que estaria ideologicamente mais próximo à onda neoliberal que varreu o mundo a partir dos anos de 1990.

Na Europa, ao contrário, deu-se mais atenção a estratégia de construir ambientes saudáveis. Mesmo que o Movimento Cidades Saudáveis tenha surgido no Canadá, antes de Ottawa, essa experiência foi reconhecida pela OMS, que a apresentou à Europa, em uma Conferência Internacional de Saúde, em Lisboa, em 1986, quando foi proposta a criação da Rede Europeia de

Cidades Saudáveis. Após isso foram criadas redes nacionais de cidades saudáveis nos países da Europa e em outros continentes, com o objetivo de apoiar as iniciativas, trocar experiências e firmar o compromisso de solidariedade no cumprimento das diretrizes fundamentais da criação de territórios saudáveis, principalmente na instituição de políticas públicas saudáveis, gestão intersetorial e mobilização social. Em Janeiro de 2018 foi criada a Rede Rides de Cidades Saudáveis, que integra 12 municípios do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, que devem elaborar um projeto de cidade saudável, a partir da ideia de promoção da saúde, com intersetorialidade e mobilização social. Mas, essa é uma experiência que está apenas começando e deverá ser relatada em breve.

Promoção da saúde se faz, primeiramente, com uma ação de governo coordenada e intersetorial. O que acontece é que, em geral, a governança está organizada em setores distintos, cada qual com seu plano, visando objetivos específicos, a saúde, a educação, o desenvolvimento econômico, o desenvolvimento social, a infraestrutura. Não há uma visão de conjunto e as respostas aos problemas são sempre em fragmentos.

Para começar a construir uma governança intersetorial, dever-se-ia estabelecer saúde em todas as políticas, ou seja, em cada plano setorial deveria se pensar em que essas ações podem afetar positiva ou negativamente a saúde. A partir de então, buscar-se-ia o setor saúde para discutir essas ações. Por outro lado, nos planos setoriais do setor saúde, quando se identificassem problemas e necessidades de saúde da população que demandassem uma ação coordenada com outro setor, a iniciativa da aproximação intersetorial seria da saúde. Mas, tudo

isso é utopia.

Também, não se faz promoção da saúde e construção de ambientes saudáveis sem a participação dos sujeitos do território. Mas, há uma corrente muito forte contra isso, desde o fim do século XX.

Temos a certeza de que promoção da saúde é uma utopia neste mundo dominado por políticas neoliberais e que as cartas de Alma Ata e Ottawa se tornaram extemporâneas. Mas, vale a pena lutar contra a corrente. Talvez, a revolução deva começar pelos pequenos territórios, na vizinhança, nas unidades de saúde da atenção básica dos bairros.

Ainda há muito que falar e ouvir, mas aqui devemos finalizar o livro, não porque o assunto tenha se esgotado, mas porque se esgotou o espaço estabelecido para estas páginas.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA IBGE. **Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas.** 29/04/2011. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/14007-asi-primeiros-resultados-definitivos-do-censo-2010-populacao-do-brasil-e-de-190755799-pessoas.html>>.

ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M.L.; VERAS, R.P.; BARATA, R.B. **Teoria epidemiológica hoje fundamentos, interfaces, tendências.** Epidemiológica series, n^o2. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. 256 p.

ALVARENGA, P.P.; PEREIRA, D.S.; ANJOS, D.M.C. Mobilidade funcional e função executiva em idosos diabéticos e não diabéticos. **Rev. bras. fisioter.** [online], 14(6): 491-496, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfs/v14n6/a07v14n6.pdf>>.

ALVES, D.S.B.; BARBOSA, M.T.S.; CAFFARENA, E.R.; SILVA, A.S. Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis. **Caderno de Saúde Coletiva**, 24 (1): 63-69, 2016.

ANDRADE, G.R.B. de; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14615.pdf>>.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO, M.C.S.; MIRANDA, A.C. (Orgs). **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós.** Rio de Janeiro:

Editora FIOCRUZ, 2002, p. 150-171. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/xkv4/pdf/minayo-9788575413661.pdf>>

ASSIS, Mônica de. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista APS**, 8(1):15-24, 2005. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>>.

AYRES, J.R.C.M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 5 (1):28-42, 2002.

AYRES, J.R.C.M. Prevenção de Agravos, Promoção da Saúde e Redução da Vulnerabilidade. In: MARTINS, M.A.; CARRILHO, F.J.; ALVES, V.A.; CASTILHO, C.G.; WEN, C.L. (Orgs). **Clínica Médica**. 1ª ed. Barueri: Manole: 2009. Vol. 1. p. 437-455.

AZEVEDO, André Nunes de. A reforma pereira passos: uma tentativa de integração conservadora. **Tempos Históricos**, 19 (151-183), 2015. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/tempohistoricos/article/view/12480/9400>>.

BARATA, R.B. Epidemiologia social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 8(1): 7-17, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n1/02.pdf>>.

BARCELLOS, C.C.; SABROZA, P.C.; PEITER, P.; ROJAS, L.I. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **IESUS** [online], 11(3): 129-138, 2002. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v11n3/v11n3a03.pdf>>.

BARRETO, Maria Amália Pereira. Algumas reflexões sobre estilo de vida urbano. **Perspectivas**, São Paulo, 9/10:169-178, 1987/87. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/perspectivas/article/download/1869/1536>>.

BERGER, P.L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: Tratado de sociologia do conhecimento**. 6ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1985.

BERNSTEIN, P.L. **Desafio aos deuses: a fascinante história do risco**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997.

BIRMAN, Patrícia. "Favela é comunidade?" In: Machado da Silva, Luís Antônio (org.) **Vida sob cerco: violência e rotina nas favelas do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: FAPERJ/Nova Fronteira, 2008.

BOUDIN, J.C.M. **Essai de Géographie Medicale**. Germer - Baillièrre. Paris: 1843, 103p. Disponível em: <<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k107731p>>.

BRASIL. **Parâmetros Curriculares Nacionais: meio ambiente: Ensino de primeira à quarta série**. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. Brasília: 1997. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro091.pdf>>.

_____. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Ministério da Saúde. Brasília: 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>

_____. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>.

_____. **Estatuto da Cidade**. 3ª ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008. 102 p. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70317/000070317.pdf?sequence=6>>.

_____. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Ministério da

Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Série I: História da Saúde no Brasil. Brasília-DF: 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf>.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª edição. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Série B: Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde, v. 7. Brasília-DF: 2010. <Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>.

_____. **Política Nacional do Idoso**. Brasília. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Reimpressão, 2010. 100p.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília - DF: 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde, Volume 4. Brasília-DF: 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série E: Legislação em Saúde. Brasília-DF: 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>.

_____. **Portaria nº 1.813, de 11 de novembro de 2015**. Ministério

da Saúde.

Gabinete do Ministro. Brasília: 2015a. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/dengue/novos_atos_normativos_e_instumentos/Portaria_1813_2015_Emerg_saude_Publica.doc>.

_____. **Ofício Circular nº 01/2016-GAB/SVS/MS**, de 05 de janeiro de 2016. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: 2016a. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/dengue/novos_atos_normativos_e_instumentos/5_Oficio_circ01_2016_VISA.PDF>.

_____. **Medida Provisória nº 712**, de 29 de janeiro de 2016. Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do Vírus da Dengue, do Vírus Chikungunya e do Zika Vírus. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília: 2016b. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/dengue/novos_atos_normativos_e_instumentos/7_MPV712_2016.pdf>.

_____. **Papel das Forças Armadas no combate ao Aedes aegypti é destacado por Dilma**. Portal Brasil. Publicado em 29/01/2016, 2016c. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2016/01/dilma-considera-forcas-armadas-essenciais-no-combate-ao-aedes-aegypti>>.

_____. **Lei Nº 13.301, de 27 de junho de 2016**. Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília - DF: 2016. Disponível em: <<http://>>

www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2016/lei-13301-27-junho-2016-783279-publicacaooriginal-150644-pl.html>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de anotações - relatos de experiências da semana saúde na escola** – Contribuições de troca de experiências de ações de identificação e eliminação dos focos do mosquito *Aedes aegypti*, associadas a atividades de educação em saúde ambiental para a promoção de ambientes saudáveis, que estão sendo desenvolvidas pelo Brasil afora. 34 p. 2016.

_____. **Boletim Epidemiológico**. Volume 48, Nº 3/2017. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS. Brasília: 2017. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/images/boletins-epidemiologicos/2016-Dengue_Zika_Chikungunya-SE52.pdf>.

BUSS, P.M.; FERREIRA, J.R.. O que o Desenvolvimento Local tem a ver com a Promoção da Saúde? In: ZANCAN, L. R; BODSTEIN, R.; MARCONDES, W.B. (orgs.). **Promoção da Saúde como caminho para o Desenvolvimento Local**. ABRASCO, Rio de Janeiro: 2002, p. 15-37.

BROWNSON, R. C. et al. Measuring the Built Environment for Physical Activity. State of the Science. **American Journal of Preventive Medicine**, 36, (4 SUPPL): S99-S123.e12, 2009.

CAMPOS, C.M.S.; MISHIMA, S.M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cad. Saúde Pública**, 21 (4): 1260-1268, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/29.pdf>>.

CAPEWELL, S.; GRAHAM, H. Win cardiovascular disease prevention widen health inequalities? **PLoS Medicine**, 7(8):

e1000320. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2927551/pdf/pmed.1000320.pdf>>

CARNEIRO, T.S.; VASCONCELOS, K.E.L.; SILVEIRA, S.A.S. Família e políticas sociais: o Saúde da Família posto em questão. III Jornada Internacional de Políticas Públicas. **ANAIS**. São Luís - MA, 28 a 30 de agosto, 2007.

CASTIEL, L.D. **O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano**. Campinas: Papirus, 1994.

CASTIEL, L.D. **A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Editora Fiocruz, 1999. 204 p.

CASTIEL, L.D. Utopia/atopia - Alma Ata, saúde pública e o "Cazaquistão". **R. Inter. Interdisc. INTERthesis**, Florianópolis, 9(2): 62-83, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/download/1807-1384.2012v9n2p62/23515>>.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (4): 1088-1095, 2004. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Os_multiplos_sentidos_da_categoria_empowerment_no_projeto_da_promocao_da_saude.pdf>.

CEBALLOS, A.G.C. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde**. UNASUS/UFPE. Recife: 2015. 20p. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/3332/2mod_conc_saude_2016.pdf?sequence=1>.

CERETTA, D. R. et al. **Grupo de educação em saúde como**

ferramenta de trabalho com agentes comunitários de saúde: prevenção da hanseníase. Revista de Enfermagem, v.8, n. 8, p. 208-217, 2012. Disponível em: < <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/viewFile/487/888>>.

CHAINÇA, E. O conceito de conscientização nos parâmetros curriculares nacionais. **Dissertação** (mestrado). UNESP Araraquara. Programa de Pós-graduação em Educação Escolar. Araraquara: 2013. 66p. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/90256/chainca_e_me_arafcl.pdf?sequence=1>.

CHALHOUB, S. **Cidade febril - Cortiços e epidemias na Corte Imperial.** São Paulo, Companhia das Letras, 1996.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia.** 12º ed, São Paulo: Ática, 2001.

CHIARAVALLOTI NETO, F.; BAGLINI, V.; CESARINO, M.B. O Programa de Controle do Dengue em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil: dificuldades para a atuação dos agentes e adesão da população. **Cad. Saúde Pública**, 23(7): 1656-1664, 2007. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/17.pdf>>.

CHOR, D. et al. **Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4):887-896, jul-ago, 2001. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400022>. Acesso em: 12 de maio de 2016.

CHRISTAKIS, N. A. O poder das conexões: a importância do networking e como ele molda nossas vidas. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

COSTA, M.C.L. O discurso higienista definindo a cidade. **Mercator**, 12 (29): 51-67, 2013. Disponível em: <<http://www.mercator.ufc.br/>>

index.php/mercator/article/viewFile/1226/522>.

COSTA NETO, M.M. Enfoque familiar na formação do profissional de saúde. **Olho Mágico** 6 (22): 5-9, 2000. Disponível em: <<http://www.uel.br/ccs/olhomagico/N22/enfoque.htm>>.

CUTTER, Susan L. The Vulnerability of Science and the Science of Vulnerability. **Annals of the Association of American Geographers**, 93 (1): 1-12, 2003.

CZERESNIA, D. Constituição epidêmica: velho e novo nas teorias e práticas da epidemiologia. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, 8(2): 341-56, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v8n2/a03v08n2.pdf>>.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2**. World Health Organization Regional Office for Europe/WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health University of Liverpool. Studies on social and economic determinants of population health, N° 3. Copenhagen, Denmark: 2006. 137p. Disponível em <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/08/European-strategies-for-tackling-social-inequities.pdf>>.

DIEZ-ROUX, A.V. Multilevel analysis in public health research. **Annu. Rev. Public Health**. 2000. 21:171-92, 2000. Disponível em: <<http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.publhealth.21.1.171>>.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. Tradução de Schumann, B.A. Boitempo. São Paulo: 2008. 388p. Disponível em <<http://www.cpihts.com/PDF09/Classe%20Trabalhadora.pdf>>.

ENNE, A. L. S. Conceito de rede e as sociedades contemporâneas. **Comunicação e Informação**, 7: (264 - 273), 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v30n1/a09v30n1.pdf>>.

ESPÓSITO, M.E.B. **Capitalismo e urbanização**. Coleção Repensando a Geografia. Editora Contexto. São Paulo: 2000, 80p.

ESTADÃO. **Com crise, lentidão do trânsito em São Paulo tem maior queda em 6 anos**. 10 Agosto 2017. Disponível em: <<http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,com-crise-lentidao-do-transito-em-sao-paulo-tem-maior-queda-em-6-anos,70001930710>>.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 8ª Ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FERNANDES, W.R.; SIQUEIRA, V.H.F. Educação em saúde da pessoa idosa em discursos e práticas: atividade física como sinônimo de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 14(33): 371-85, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a11v14n33.pdf>>.

FONSECA, A. **Grupo, fugacidade, ritmo e forma: processo de grupo e facilitação na psicologia humanista**. Ágora. São Paulo: 1988.

FINGUERUT, Silvia; FERNANDES, Janaina de Mendonça. Planejando as cidades no século XXI. **Cadernos FGV**, 10 (24): 46-61, 2015.

FLEURI, S. Espaço, território e cidadania: a cidade dos cidadãos. Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Coimbra, 16-18 de Setembro de 2004. **ANAIS**. Fundação para Ciência e Tecnologia - FCT. Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Portugal, 2004. Disponível em: <<http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/ACFD527.pdf>>.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/jm5wd/pdf/fleury-9788575412428-03.pdf>>.

FOLLY, J.F.A. A mobilidade pensada sob a ótica dos transportes individuais não motorizados. In: I Congresso Internacional Espaços Públicos. ANAIS. Porto Alegre: Núcleo de Estudos da Cidade. Faculdade de Arquitetura e Urbanismos. PUCRS, 2015, p. 1-10.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 1ª ed. Trad. de Roberto Machado. Forense-Universitária. Rio de Janeiro: 1977.

FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**. 12ª ed. Rio de Janeiro. Graal: 1998.

FRACOLLI, L. A.; ALMEIDA, E. Z. de. Teoria e prática da promoção da saúde: as concepções dos agentes comunitários de saúde. O Mundo da Saúde, São Paulo: 35(2):137-144, 2011. Disponível em: < http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/84/137-144.pdf>.

FREIRE, P. Conscientização e alfabetização uma nova visão do processo. **Revista de Cultura da Universidade do Recife**, 4:5-24, 1963. Disponível em: <http://forumeja.org.br/df/sites/forumeja.org.br/df/files/est.univ_.pdf>.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17ª Edição (23ª reimpressão). Editora Paz e Terra. Rio de Janeiro: 1987.

FREIRE, P. **Conscientização: Teoria e Prática da Libertação** - Uma Introdução ao Pensamento de Paulo Freire. 3ª Ed. São Paulo: Editora Moraes, 1980.

FUGIMOTO, G; SARMENTO, L. F. Redes comunitárias: parcerias para formação de capital social. Boletim Interfaces da Psicologia da UFRuralRJ - 1º Seminário - Ano 2007. Disponível em: < Boletim Interfaces da Psicologia da UFRuralRJ - 1º Seminário - Ano 2007>.

GADOTTI, M (Org.). **Alfabetizar e conscientizar**: Paulo Freire, 50 anos de Angicos. 1ª ed. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2014.

GEHL, J. **Cidades para pessoas**. São Paulo: Perspectiva, 2013.

GIBBON, E. **Declínio e queda do Império Romano**. Trad. José Paulo Paes. São Paulo: Companhia de Bolso, 2005.

GOES, M.C.R. A construção de conhecimentos: examinando o papel do outro nos processos de significação. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, 3(2): 23-29, 1995. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v3n2/v3n2a04.pdf>>.

GÓIS, C.W.L. **Psicologia comunitária - atividade e consciência**. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005.

GÓIS, C. W. L. **Saúde comunitária: pensar e fazer**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

GÓIS JUNIOR, E.; LOVISOLO, H.R. Descontinuidades e continuidades do movimento higienista no Brasil do século XX. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 41-54, 2003. Disponível em: <<http://www.oldarchive.rbceonline.org.br/index.php/RBCE/article/download/172/181>>.

GONDIM, G.M.M. Do Conceito de Risco ao da Precaução: entre determinismos e incertezas. In: FONSECA, A.F.; CORBO, A.M.D. (Org.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro:

EPSJV/Fiocruz, 2007. P. 87-120. Disponível em: <http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/documentos/territorio_e_o_processo_livro_1.pdf>.

GORDIS, L. **Epidemiology**. 5ª Ed. Elsevier/Saunders. Philadelphia: 2013.p. 416.

HANCOCK, Trevor; DUHL, Leonard J. **Promoting health in the urban context**. Copenhagen: FADL Publishers (WHO Healthy Cities Papers, N°. 1). Copenhagen: 1986. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/101650/E87743.pdf>.

HENRIQUE, W. **A natureza na cidade**. Salvador. UFBA.2009, p. 186. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/3dz/pdf/henrique-9788523209117-08.pdf>>.

HERITAGE, Z.; DOORIS, M. Community participation and empowerment in Healthy Cities. **Health Promotion International**, Vol. 24 (suppl 1): i45-i55, 2009.

HOWARD, E. **Cidades-jardins de amanhã**. São Paulo: Hucitec, 1996.

INOUYE, K.; BARHAM, E. J.; PEDRAZZANI, E.S.; PAVARINI, S.C. L. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade Social. **Psicol. Reflex. Crit.** [online], 23(3) 582-592, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/prc/v23n3/19.pdf>>.

KAZTMAN, R. Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social. **5º Taller regional. La medición de la pobreza: métodos y aplicaciones**. México, DF: Cepal. p. 275-301, 2000. Disponível em: <<http://www.eclac.cl/deypte/mecovi/docs/TALLER5/24.pdf>>.

KICKBUSCH, L. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: **Promoción de la salud: una antología**. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 1996. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3318/Promocion%20de%20la%20salud%20una%20antologia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

KNEIB, Erika Cristine. Mobilidade urbana e qualidade de vida: do panorama geral ao caso de Goiânia. **Revista UFG** 13(12): 71-72, 2012.

LABONTE, R. Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad. In: OPS. **Promoción de la salud: una antología**. Organización Panamericana de la Salud/ Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud - OMS. Publicación Científica No. 557, 1996, p. 153-165.

LACOSTE, Y. **A Geografia - isso serve, em primeiro lugar, para fazer a guerra**. (tradução de Maria Cecília França). Editora Papirus, 1988.

LALONDE, M. **A new perspective on health of Canadians**. Ottawa information. Ottawa: Canadian Department of National Health and Welfare; 1974.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. McGraw-Hill, São Paulo: 1976.

LEITE, C. Inteligência territorial: cidades inteligentes com urbanidade. **Cadernos FGV**, 10 (24): 72-89, 2015.

LIMA, S C. A geografia da promoção da saúde a partir de contextos territoriais. In: III Congreso Internacional de Geografía de la Salud, 2011, Toluca - México. **LIVRO**. Toluca, México: Editora da UAEM - Universidad Autónoma del Estado de México, 2011. v. 1. p. 1-15.

LIMA, S.C. Promoção da saúde a partir de contextos territoriais. In: REMOALDO, P. C.; NOGUEIRA, H. (Org.) **Desigualdades socioterritoriais e comportamentos em saúde**. Edições Colibri, Lisboa. p. 31-46, 2013.

LIMA, S.C. **Território e promoção da Saúde**. Paco Editorial. Jundiaí: 2016, 186p.

LOPES, F.N.; LANA, F.C.F. Participação popular no controle da hanseníase: um desafio para o serviço de saúde. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 23(2): 235-40, 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13113/12796>>.

MACIAZEKI-GOMES, R.C.; SOUZA, C.D.; BAGGIO, L.; WACHS, F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(5):1637-1646, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1637.pdf>>.

MADUREIRA, M.A. O indivíduo e a sociabilidade. **Verinotio - Revista On-line de Educação e Ciências Humanas**, 2, Ano I, 1-18, 2005.

MARANDOLA Jr., E.; HOGAN, D.J. Vulnerabilidade do lugar vs. Vulnerabilidade sociodemográfica: implicações metodológicas de uma velha questão. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, 26(2): 161-181 2009.

MARTELETO R. M. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. *Ci. Inf.* v. 30, n. 1, p.71-81, 2001.

MARTINE, George. Situação da População Mundial 2007: Desencadeando o Potencial do Crescimento Urbano. Nova Iorque.

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas, 1997. Disponível em <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2007.pdf>>.

MARTINS, A.L.M.; PIMENTEL, R.L.F. Em busca das origens da economia conservadora: Thomas Malthus, Nassau Senior e as poor laws de 1834. XIX Encontro Nacional de Economia Política, 03 a 06 de junho de 2014. **ANAIS**. Florianópolis: 2014. Disponível em: <<http://www.sep.org.br/downloads/ar/5895e3ab8e6c367233319cff>>.

MERRIMAN, J. **A comuna de Paris 1871: origens e massacre**. Tradução de Bruno Casotti. Ed. Anfiteatro. 2015, 400p. Disponível em: <<http://asfiles.com/42o>>.

MICHELOTTO, L. D. G. Expansão urbana e sustentabilidade: análise do setor leste de Uberlândia, MG. 2014. 164f. **Dissertação** (Mestrado em Geografia), Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2014.

MINAS GERAIS. **Boletim epidemiológico de monitoramento dos casos de Zika, Chikungunya e Dengue**. Secretaria de Estado da Saúde (SES-MG). Belo Horizonte: 2017. <http://www.saude.mg.gov.br/images/icones/Boletim_Aedes_03-07-2017_IMPrensa.pdf>.

MOYSÉS, S.T. Promoção da Saúde no Cenário Nacional e Internacional. **II Simpósio Internacional de Promoção da Saúde: Diálogo com os determinantes sociais em diversos cenários**. PUCPR. Escola de Ciências da Vida, 2017. Disponível em: <http://www.sips2017.eventos.dype.com.br/download/download?ID_DOWNLOAD=>>.

MOTOMURA, M.C.N.; SALVADOR, C.C.; KANASHIRO, M. Espaços caminháveis: análise dos 5Ds na cidade de Londrina. In: I Congresso Internacional Espaços Públicos. Porto Alegre, 2015.

ANAIS. p. 1 - 10. Porto Alegre: Núcleo de Estudos da Cidade. Faculdade de Arquitetura e Urbanismos. PUCRS, 2015, 1-10.

NEGREIROS, J. A. de. et. al. Estratégias de mobilização social e comunicação no enfrentamento da dengue no município de Sobral-CE. **SANARE**, Sobral, v.8,n.1,p.57-64,jan./jun. 2009. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/44/39>>.

NERI, A.L.; YASSUDA, M.S.; ARAÚJO, L.F.; EULÁLIO, M.C.; CABRAL, B.E.; SIQUEIRA, M.E.C.; SANTOS, G.A.; MOURA, J.G.A. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo Fibra. **Cad. Saúde Pública** [online], 29(4):778-792, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n4/15.pdf>>.

OLIVEIRA, C.M.; CASANOVA, A.O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):929-936, 2009.

OLIVEIRA, J. C. Mobilização comunitária como estratégia da promoção da saúde no controle dos Aedes (aegypti e albopctus) e prevenção da dengue no Distrito de Martinésia, Uberlândia (MG). **Tese** (Doutorado em Geografia). Uberlândia (MG): Universidade Federal de Uberlândia, 2012.

OMS. **Declaração de Alma Ata**. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>.

_____. **Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas**: no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar. Relatório do encontro internacional sobre a Saúde em

Todas as Políticas. Adelaide, 2010.

_____. **Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas:** no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar. Adelaide, Austrália, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/portuguese_adelaide_statement_for_web.pdf>

_____. **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Rio de Janeiro, Brasil - 21 de outubro de 2011. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final_12-12-20112.pdf>

_____. **Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde - Resumo.** Organização Mundial da Saúde, 2015. 28 p. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>.

_____. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde.** Organização Mundial da Saúde. 2015, 28p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf>.

ONU BR. **Até 2050, um bilhão de pessoas viverão em cidades sem água suficiente, diz Banco Mundial.** Publicado em 20/03/2015 (atualizado em 09/04/2016). Organização das Nações Unidas: 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/ate-2050-um-bilhao-de-pessoas-viverao-em-cidades-sem-agua-suficiente-diz-banco-mundial/>>.

PAIVA, R. **O espírito comum: comunidade, mídia e globalismo.** 2ª Ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: MAUAD, 2003, p. 175.

PALÁCIOS, M. O medo do vazio: comunicação, socialidade e novas tribos. In: RUBIM, A.A. (Org.). **Idade mídia.** Salvador: UFBA, 2001.

PANCER, S.M.; NELSON, G. Enfoques de la promoción de la salud basados en la comunidad: guía para la movilización comunitaria. In: OPS. **Promoción de la salud : una antología**. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC: 1996. P. 166-182. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3318/Promocion%20de%20la%20salud%20una%20antologia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

PARRAT-DAYAN, S. A discussão como ferramenta para o processo de socialização e para a construção do pensamento. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 45. p. 13-23. jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/edur/n45/a02n45.pdf>>.

PAULO, R.F. O Desenvolvimento industrial e o crescimento populacional como fatores geradores do impacto ambiental. **Veredas do Direito**, v.7, n.13/14, p.173-189, 2010.

PAVLOVSKY, E.N. **Natural nidity of transmissible diseases**. Moscou. Peace Publishers. s.d

PERUZZO, Cicilia M. Krohling; VOLPATO, Marcelo de Oliveira. Conceitos de comunidade, local e região: inter-relações e diferença. **Libero**. São Paulo, v. 12, n.24, p. 139-152, 2009.

PESSÔA, S. **Ensaio medico-sociais**. 2ª Ed. Coleção Saúde em Debates. CEBES - HICITEC. São Paulo: 1979, 380p. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Ensaio-medico-sociais.pdf>>.

PICKETT, K.E.; PEARL, M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. **J Epidemiol Community Health**, 55: 111-122, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1731829/pdf/v055p00111.pdf>>.

POLLAND, B. Health promotion in Canada: perspectives and future prospects. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 20(1): 3-11, 2007. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/26456697>>.

PONTING, Clive. **Uma história verde do mundo**. Rio de Janeiro. Editora Civilização Brasileira, 1995.

PROIETTI, F. A.; OLIVEIRA, L.O.; FERREIRA, F.R.; FERREIRA, A.D.; CAIAFFA, W.T. Unidade de Contexto e Observação Social Sistemática em Saúde: Conceitos e Métodos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 (3): 469-482, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n3/v18n3a06.pdf>>.

QUEIROZ FILHO, A.P. Sobre as origens da favela. **Mercator**, 10 (23): 33-48, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2736/273621468004.pdf>>.

REZENDE, JM. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina. In: **Dos quatro humores às quatro bases**. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. p. 49-53. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-05.pdf>>.

RICHARDSON, B.W. Hygeia, a city of health. **Hygeia**, 1(1): 3-17, 2005. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16836/9264>>.

RIO DE JANEIRO. **1904 - Revolta da Vacina: a maior batalha do Rio**. Rio de Janeiro. Secretaria Especial de Comunicação Social/ Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2006. 120 p. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4204434/4101424/memoria16.pdf>>.

RODRIGUES, A. B.; COSTA, N. M. C. A mobilização popular

e comunitária para a implantação de programas de educação ambiental. **TEIAS**: Rio de Janeiro, ano 3, nº 6, jul/dez, 2002

ROLNIK, Raquel. É possível política urbana contra a exclusão? In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, Editora Cortez, 72: 53-61, 2002.

RONZANI, T.M.; STRALEN, C.V. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Revista APS**, 6(2): 99-107, 2003. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Gerencia2.pdf>>.

ROSE, G. **The Strategy of preventive medicine**. New York. Oxford: 1992. 192p.

ROSO, A.; ROMANINI, M. Empoderamento individual, empoderamento comunitário e conscientização: um ensaio teórico. *Psicologia e Saber Social*, 3(1), 83-95, 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/download/12203/9505>>.

SANT'ANNA, R. M. Mobilidade e segurança no trânsito da população idosa: um estudo descritivo sobre a percepção de pedestres idosos e de especialistas em engenharia de tráfego. **Tese** (Doutorado em Engenharia de Transportes). Universidade Federal do Rio de Janeiro, COPPE, 2006, 195f.

SANTOS, A.I.; DIAS, C.; GONÇALVES, C.; SAKELLARIDES, C. **Estratégias Locais de Saúde**. Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Alto Comissariado da Saúde/Escola Nacional de Saúde Pública/UNL. 2010, p. 38. Disponível em: <<http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/09/ELS.pdf>>

SANTOS, F.H.; ANDRADE, V.M.; BUENO, O.F.A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, 14(1):3-10, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a02v14n1.pdf>>.

SANTOS, M. **A natureza do Espaço** - Técnica e Tempo. Razão e Emoção. 4ª Ed. (2ª reimpr.). EDUSP. São Paulo: 2006. Disponível em: < http://files.leadt-ufal.webnode.com.br/200000026-4d5134e4ca/Milton_Santos_A_Natureza_do_Espaco.pdf>.

SAQUET, M.A. **Abordagens e concepções de território**. Expressão popular, São Paulo: 2007.

SASAKI, A.K.; RIBEIRO, M.P.D.S. Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 8(28): 155-63, 2013. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/rbmfc8%2828%29664/568>>.

SEABRA, O.C.L. Territórios do uso: cotidiano e modo de vida. **Cidades**, v. 1, n. 2, p. 181-206, 2004.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(supl.): 243-251 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a25v10s0.pdf>>.

SERAPIONI, M. O desafio de avaliar a efetividade da participação cidadã em saúde. **ANAI**S. XII Congresso Luso-Afro-Brasileiro, FCSH-UNL, Lisboa, 01 a 05 de Fevereiro, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/1413-8123-csc-19-12-04829.pdf>>.

SILVA, L.J. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. **Cadernos de Saúde Pública**, 13: 585-593, 1997.

SILVA, K.L.; RODRIGUES, A.T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 63(5): 762-769, 2010.

SORRE, M. **Les fondements de la géographie humaine**. Primeiro tomo: Les fondements biologiques (Essai d'une *écologie* de l'homme). 3ª ed., revista e ampliada. Armand Colin. Paris: 1951.

SORRE, M. Complexos patogênicos e geografia médica (clássicos revisitados). **Hygeia**, 2(2): 2-14, 2006. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/download/16854/9280>>.

TALIBERTI, H.; ZUCCHI, P. Custos diretos do programa de prevenção e controle da dengue no Município de São Paulo em 2005. **Rev Panam Salud Publica**, 27(3), 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n3/a04v27n3.pdf>>.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. In: ROZENFELD, S. (Org.) **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 49-60. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-06.pdf>>.

TOMAÉL, M. I.; ALCARÁ, A.R.; DI CHIARA, I.G. Das redes sociais à inovação. **Ci. Inf.**, Brasília, 34 (2): 93-104, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19652005000200010>.

TÖNNIES, F. Comunidade e sociedade como entidades típicoideais. In: FERNANDES, Florentan (Org.). **Comunidade e sociedade: leituras sobre problemas conceituais, metodológicos e de aplicação**. São Paulo: Editora Nacional e Editora da USP, 1973. p. 96-116.

_____. Comunidade e sociedade: textos selecionados. In:

MIRANDA, O. (Org.). Para ler Ferdinand Tönnies. São Paulo: Editora da USP, 1995. p. 231-342.

VALOURA, L.C. Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo Empoderamento, em seu sentido transformador. In: **Residência social, um programa inovador da comunicarte**. 1ª Ed. Comunicarte. Ed.: Marcio Schiavo, 2016, p.20-31. Disponível em: <http://tupi.fisica.ufmg.br/michel/docs/Artigos_e_textos/Comportamento_organizacional/empowerment_por_paulo_freire.pdf>.

VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Revista de APS** 2(4): 20-28, 2000.

VAZ, L. F. Dos cortiços às favelas e aos edifícios de apartamentos: a modernização da moradia no Rio de Janeiro. **Análise Social**, 127 (581-597), 1994. Disponível em: <<http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223377187I6iYL2uw3Xe43QN7.pdf>>

VERAS, Renato Peixoto. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad. Saúde Pública**, 28(10):1834-1840, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001000003&lng=en&nrm=iso>.

VETTORE, M.V.; LAMARCA, G. Iniquidades sociais e a Epidemiologia do Curso de Vida: uma perspectiva que está para além das doenças crônicas. **Determinantes Sociais da Saúde. Portal e Observatório Sobre Iniquidade em Saúde**. 01/11/2012. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/opinioes/iniquidades-sociais-e-a-epidemiologia-do-curso-de-vida-uma-perspectiva-que-esta-para-alem-das-doencas-cronicas/>>.

VIEIRA, E.M.; XIMENES, V.M. Atividade comunitária e

conscientização: uma investigação a partir da participação social. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.36, p.91-112, 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n36/n36a06.pdf>>.

VIEIRA PINTO, A. **Ideologia e desenvolvimento nacional**. 4ª Ed. Ministério da Educação e Cultura. Instituto Superior de Estudos Brasileiros (textos brasileiros de filosofia). Rio de Janeiro: 1960. 52p. Disponível em: <<http://revistaestudospoliticos.com/wp-content/uploads/2013/10/facsimile.pdf>>.

WESTPHAL, M.F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública – RAP**. Rio de Janeiro, FGV, 34 (6): 47-61, 2000. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/download/6347/4932>>.

WALSH, J.A.; WARREN, K.S. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. **N. Engl. J. Med.**, 301: 967-74, 1979. (republicado em **Soc. Sci. & Med.**, 14C: 145-163, 1980). <https://qmplus.qmul.ac.uk/pluginfile.php/153629/mod_book/chapter/3004/Walsh%20and%20Warren%20PHC.pdf>.

WHO. **Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS**. Fase VI (2014-2018) da Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS: objetivos e requisitos. 2013, 41p. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Byz7lgicvXA6ZDdFUVNTd3NKOXc/view?usp=sharing>>.

ZANELLA, A.V.; LESSA, C.T.; DA ROS, S.Z. Contextos Grupais e Sujeitos em Relação: Contribuições às Reflexões sobre Grupos Sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 15(1): 211-218, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a22v15n1.pdf>>.

ZANIRATO, S.H.; RIBEIRO, W.C. Patrimônio cultural: a percepção da natureza como um bem não renovável. **Rev. Bras. Hist.**, São Paulo, 26 (51): 251-262, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbh/v26n51/12.pdf>>.

ZAMUDIO, M.G. **Teoría y guía práctica para la promoción de la salud**. Montreal: Unité de Santé Internationale, Université Montreal; 1998. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/102538239800500223>>

Sobre o livro

Formato: 15 x 21 cm
Tipologia: Book Antiqua
Papel: Offset 75 gr.

Samuel do Carmo Lima
Flávia de Oliveira Santos

**Promoção da saúde e redes comunitárias
para a construção de territórios saudáveis**

Uberlândia - MG

2018

CONSELHO EDITORIAL

Adriana C. Omena dos Santos
Aparecido José Cirillo
Cesária Alice Macedo
Gazy Andraus
Glaysen Arcanjo
Lídia Maria Meirelles
Leda Maria de Barros Guimarães
Luciana Arslan Mourão
Mara Rúbia Marques
Miguel Rodrigues de Sousa Netto
Paula Arbex
Raquel M. Salimento de Sá
Renato Palumbo Dória

FOTO DA CAPA

Milton Santos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S471t LIMA, Samuel do Carmo; SANTOS, Flávia de Oliveira
Promoção da saúde e redes comunitárias para a construção
de territórios saudáveis;
Samuel do Carmo Lima/Flávia Oliveira dos Santos - 2018
176 p.: il.

Universidade Federal de Uberlândia.
ISBN: 978-85-8324-060-0

1. Promoção da saúde. 2 território. 3. Redes comunitárias.
4. Cidade saudável. 5. Mobilização social. 6. Intersetorialidade

CDD: 614:574 (061.3)

Todos os direitos reservados. Vedada a produção, distribuição, comercialização ou
cessão sem autorização do autor. Os direitos desta obra não foram cedidos.

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	5
1 O PARADIGMA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE.....	9
1.1 A Medicina Social do lugar e do modo de vida.....	11
1.2 O sanitarismo.....	19
1.3 A epidemiologia do risco.....	23
1.4 Promoção da Saúde: a nova constituição epidêmica.....	32
2 A CONSTRUÇÃO DE TERRITÓRIOS SAUDÁVEIS.....	54
2.1 Na escala das infraestruturas urbanas.....	65
2.2 Na escala saúde comunitária, do cotidiano.....	76
3. REDES TERRITORIAIS LOCAIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	93
3.1 Saúde comunitária e educação para autonomia.....	91
3.2 Promoção da saúde com intersetorialidade e mobilização social..	101
3.4 Redes de associações comunitárias.....	107
3.5 Construindo redes comunitárias para o controle do <i>Aedes aegypti</i>	111
3.6 As redes comunitárias em ação.....	137
4 AINDA HÁ MUITO QUE FALAR E OUVIR.....	145
REFERÊNCIAS.....	151



PREFÁCIO

Parceria, fio condutor para compreendermos o processo de construção desse livro e seu convite à ação. A parceria intelectual de Samuel do Carmo Lima e de Flávia de Oliveira Santos, construída no âmbito acadêmico e expressa em outros trabalhos, acena para a intervenção no campo da Saúde Coletiva e das políticas públicas de modo a construir territórios saudáveis.

Os autores evidenciam desde as primeiras páginas do livro o entrelaçar da história e do modo como a ciência compreendeu os desafios postos à realidade social e política para a atenção à saúde. Assim, no capítulo 1 intitulado “O paradigma da determinação social da saúde”, os autores nos brindam com uma exposição sobre a trajetória dos modelos explicativos e de atenção à saúde com ênfase nas intervenções resultantes de cada modelo. A adoção dos determinantes sociais da saúde é explicitada por Samuel e Flávia de modo a sensibilizar os leitores (as) para a ampliação do horizonte compreensivo da Saúde Coletiva. Chama a atenção o zelo em historicizar a emergência dos modelos e problematizar seus avanços e desafios.

Ao final do primeiro capítulo, o leitor (a) terá consolidado as bases teórico-metodológicas para relacionar os determinantes sociais da saúde à promoção da saúde e à criação de territórios saudáveis, sustentáculos dos marcos históricos dos quais emergiu a proposta de Cidades Saudáveis. Um destes marcos é a 1ª Conferência sobre Cuidados Primários em Saúde que, em outubro de 2018, terá seu 40º aniversário celebrado.

O encontro de Alma-ata lançou as bases para a compreensão ampliada dos cuidados primários e o delineamento de estratégias que, posteriormente, foram sedimentadas na 1ª Conferência

Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa (1986). A criação de ambientes saudáveis preconizada em Alma-ata é consagrada em Ottawa como uma das estratégias para a promoção da saúde. Trata-se, pois, neste livro de abordar um tema clássico no campo da Saúde Coletiva e expandir o diálogo com pesquisadores e atores políticos de outros campos do saber.

O modo como a criação de ambientes saudáveis e a proposta de cidades saudáveis são tratadas nas Conferências Internacionais da Saúde capitaneadas pela Organização Mundial da Saúde é exposto no capítulo 2 “A construção de territórios saudáveis”. Nele os autores conceituam cidade saudável como um processo e não como resultado, *“aquela que tem um compromisso com a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos e se esforça por alcançar essa condição, a partir de uma clara intenção de fazer e um projeto a realizar.”* (p. 54). Há uma defesa de causa: a construção de cidades saudáveis requer engajamento ético e político de todos os cidadãos, a mobilização de *experts* e a responsabilização do Estado.

Conhecimento, autonomia e mobilização comunitária são articulados com maestria e os autores expõem as bases conceituais para pensar na construção de territórios saudáveis na dimensão macroestrutural e no cotidiano das comunidades. No cotidiano micropolítico, a comunidade produz sua vida e saúde, produz um “território usado”, como nos disse Milton Santos, chão pleno de possibilidades. É nesta dimensão que podem ser vislumbrados os impactos das políticas macroestruturais e o movimento (cri) ativo das pessoas e das comunidades.

Os cinco campos de ação para a promoção da saúde - “políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde” - são

explanados no capítulo 2 e emolduram o chamado à ação em defesa de territórios saudáveis que promovam saúde e potencializem a vida das comunidades.

Ao articular as dimensões macro e microestruturais os autores evidenciam os sujeitos políticos do processo de construção de territórios saudáveis e fazem emergir os traços das políticas públicas saudáveis: intersectorialidade, empoderamento e mobilização comunitária. Os leitores (as) encontrarão exposição clara e fundamentada desses conceitos e de suas inter-relações na promoção da saúde.

Nesta seara, *“A base da ação está na própria comunidade, nas instituições públicas e comunitárias que estão no território como escolas, centros comunitários, associações, sindicatos”*. (p. 92). Redes formais e informais são incitadas à construção de novos contextos de vida e de saúde que, para além da culpabilização dos indivíduos presente em abordagens centradas exclusivamente na construção de estilos de vida saudáveis, visam desmedicalizar a vida e a saúde com a valorização dos sujeitos, potencialização de suas habilidades e empoderamento.

Após os itinerários histórico, teórico e metodológico dos dois primeiros capítulos, o leitor (a) se encontrará com reflexões sobre o protagonismo dos sujeitos, as potencialidades para a construção e a articulação de redes para a promoção da saúde. Tais reflexões são permeadas pela problematização dos sentidos atribuídos às redes e à comunidade. Emprestamos aqui as palavras dos autores para demarcar o solo comum no qual a proposta de promoção da saúde e construção de territórios saudáveis são semeadas:

“Na comunidade, há vida comum. A atividade comunitária é ao mesmo tempo uma atividade pessoal e coletiva, estabelecida no diálogo acerca da própria vida e dos problemas dos indivíduos em um gru-

po social, sendo orientada pelo sentido (significado pessoal) e pelo significado (sentido coletivo) que a própria atividade e a vida comunitária têm para os indivíduos e para a comunidade.” (p. 100-101)

A vida comum constitui-se, pois, num desejo e numa aposta: de que como coletividade façamos de nossa comunidade um território que potencialize a vida, que promova saúde e que desenvolva as habilidades das pessoas. Tal feito é obra coletiva, a ser tecida a muitas mãos, com engajamento ético e político, o mesmo que guiou Samuel e Flávia a (com) partilhar seus saberes. Que este livro nos dê outros frutos: saberes e fazeres no campo da promoção da saúde e de territórios saudáveis, tão necessários em nosso mundo contemporâneo no qual urge a *radicalidade da esperança* anunciada por Paulo Freire:

“Sei que as coisas podem até piorar, mas sei também que é possível intervir para melhorá-las.

Gosto de ser gente porque a história em que me faço com os outros e de cuja feitura tomo parte é um tempo de possibilidades, e não de determinismo. [...] É a posição de quem luta para não ser apenas *objeto*, mas *sujeito* também da história” (FREIRE¹, 2013, p. 52-3).

Rosimár Alves Querino

Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva
Núcleo de Pesquisa em Saúde e Sociedade (NUPESS)
Instituto de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

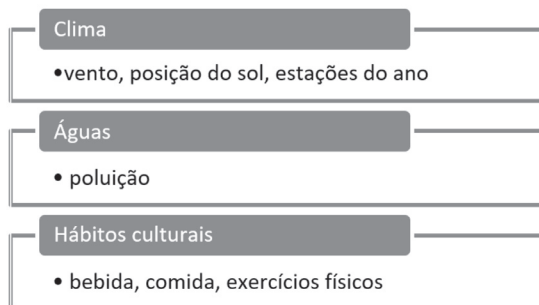
1 Freire, Paulo. **Pedagogia da autonomia**. Saberes necessários à prática educativa. 46 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

1

O PARADIGMA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

A ideia de que a saúde depende do ambiente não é nova. Hipócrates (460 - 366 AC) deixou as explicações da doença que a relacionavam à ira dos deuses para dizer que a causa das doenças estava no meio ambiente e no modo de vida das pessoas. Buscava explicações para a saúde e para a doença dos indivíduos, não dentro do corpo, mas no ambiente. Poderíamos dizer que ele foi pai de muitos filhos, dentre eles a medicina, a geografia da saúde e a saúde ambiental (Figura 1).

Figura 1: Fatores ambientais relacionados à saúde segundo Hipócrates (460 - 366 AC)



Fonte: Pessoa (1972), elaborado por Lima, S.C. (2018)

Devemos citar mais uma vez sua obra “Dos ares, das águas e dos lugares”, tantas vezes citada, para lembrar que em sua concepção a saúde depende do lugar onde se vive:

“Quem quiser investigar devidamente a medicina, deve proceder da seguinte maneira: em primeiro lugar deve observar as estações do ano, o efeito que cada uma delas exerce..., em seguida os ventos...

Também deverá atender às qualidades das águas... da mesma forma, ao chegar-se a uma cidade desconhecida deve-se considerar como se situa em relação aos ventos e ao sol nascente...

Com relação às estações, se o inverno for seco e soprar vento do norte, e a primavera for úmida e soprar vento do sul, haverá necessariamente no verão febres agudas, doenças dos olhos e disenteria (PESSÔA, 1979, p. 96, 97).

Para Celso, médico suíço (1493-1541) dizia que o médico deve viajar, não para conhecer como se vestem as pessoas das várias partes do mundo, mas para conhecer como as doenças afligem os homens.

Como pode formar-se um bom cosmógrafo ou geógrafo sem afastar-se do seu quarto? O médico deve ser um cosmógrafo, não para descrever como se vestem os povos das várias nações, porém para ter conhecimento das doenças que os afetam (PESSÔA, 1979, p. 98).

Com este mesmo entendimento, Boudin (1843) dizia que as doenças que afetam o homem variam no mundo, de lugar para lugar. O que ele queria dizer é que há uma influência dos contextos dos lugares sobre a saúde, assim como sobre o nascer, viver, sofrer e morrer.

Inspirados em Hipócrates, os médicos criaram a teoria miasmática, explicando que alguns lugares eram insalubres

porque emanavam miasmas que se difundiam de cadáveres, de coisas putrefatas, do lixo, por meio do ar e das águas. No início da revolução industrial, as cidades eram pestilentas e os higienistas criticavam essa falta de salubridade. Os miasmas contaminavam o ar e as águas, que por sua vez contaminavam as pessoas. Por isso, era preciso evitar esses lugares ou, então, transformá-los para eliminar os miasmas.

As ideias hipocráticas que relacionavam as doenças ao meio ambiente e ao modo de vida forneceram as bases para o movimento higienista que cresceu na Europa nos séculos XVIII e XIX, e que ainda na pré-história das ciências modernas não separava as influências do meio natural e do meio social no desenvolvimento das doenças. Isto fica claro nas teorias da constituição epidêmica, que identificava as doenças às condições geográficas específicas dos lugares, numa perspectiva holística, na qual a saúde está no equilíbrio entre o corpo e o meio ambiente, representado pela *Physis*, sendo que a doença era representava pelo desequilíbrio entre a constituição do corpo e do meio ambiente (CZERESNIA, 2001).

1.1 A Medicina Social do lugar e do modo de vida

Foucault (1998) diz que a medicina antes era exclusivamente saúde individual e privada, mas com a constituição dos Estados modernos surge uma medicina social. Antes, aqueles que podiam pagar tinham o médico a sua disposição, geralmente a domicílio. O doente pobre, quando moribundo, ia para os hospitais que não tinham função terapêutica, senão de consolo para os moribundos que esperavam a morte. Quem cuidava dos doentes nos hospitais não eram os médicos, mas as religiosas ou arrependidas do seu

pecado que faziam isso por caridade ou penitência, em troca de um lugar no céu.

Foi, então, no século XVIII que surge a medicina social, que aparecia com um novo paradigma: antes a preocupação era somente com o indivíduo e o seu corpo doente, agora com a população. Este é o momento da história em que o poder público, com a instituição dos Estados modernos, toma para si a tarefa de cuidar da saúde da população. Em verdade, os Estados desde a antiguidade tinham interesse na população, para manter os exércitos de guerra, mas agora, além da força da guerra era preciso manter a força de trabalho, no capitalismo nascente.

Com a intensa urbanização promovida pela revolução industrial, intensificaram-se a transmissão e a difusão das doenças. Desta forma, o higienismo que era apenas uma doutrina passa a ser higiene pública. O Estado passa a preocupar-se com a falta de salubridade dos lugares e com as condições de vida das populações, por que isso ameaçava a economia.

É importante destacar que não é pela assistência, mas pela vigilância que o Estado assume para si a tarefa de cuidar da saúde. O cuidado aos doentes e o tratamento das doenças continuava com a medicina privada, para quem podia pagar, porque aos pobres reservava-se a caridade e a misericórdia.

Foucault (1998) diz que a medicina social se constituiu a partir de três etapas distintas, com forma e conteúdo diferentes, que chamou de medicina de Estado (Alemanha), medicina urbana (França) e medicina da força de trabalho (Inglaterra).

Na Alemanha, o Estado ainda não unificado precisava contar com a população como força militar e para isso estabelecia mais do que estatísticas de nascimento e mortalidade. A polícia

médica, instituída por Rau, Frank e Daniel (1750 e 1770) estabelecia programas para a melhoria da saúde da população, começando com uma estrutura administrativa que tinha a missão de realizar uma vigilância completa da saúde da população, a partir de registros dos hospitais e dos atendimentos médicos por região, e observações sistemáticas de epidemias e endemias (FOUCAULT, 1998).

Na Alemanha, foi criada uma carreira de funcionários médicos que tinham a função de administrador de saúde, com poder de autoridade pública em um território hierarquizado, como médicos de distrito sobre uma população de 6 a 10 mil habitantes e oficiais médicos que exerciam controle sobre uma população de 35 a 50 mil habitantes.

A saúde e o bem-estar da população passam a ser um objetivo do maior interesse do poder político. A saúde pública é instaurada na Alemanha para cuidar dos corpos que tinham uma importância estratégica para o Estado. Por estar ao ser serviço, não só ensino, mas o exercício da medicina passa a ser objeto de normalização e controle do Estado (FOUCAULT, 1998).

Na França, ao contrário da Alemanha, a medicina social não tem como interesse a unificação do Estado, mas a unificação do poder nas cidades e a urbanização, principalmente em Paris. É que a cidade passa a ser o lócus da produção e do consumo. Com a industrialização e a urbanização acelerada, intensificam os problemas de habitação, poluição, degradação social, epidemias e taxas de mortalidade elevada. Em Paris, a população quase dobrou em apenas 10 anos, de pouco mais de 1 milhão para quase 2 milhões de pessoas em 1870 (MERRIMAN, 2015).

Havia um sentimento de medo constante dos cidadãos em

razão das péssimas condições de vida na cidade.

Nasce o que chamarei medo urbano, medo da cidade, angústia diante da cidade que vai se caracterizar por vários elementos: medo das oficinas e fábricas que estão se construindo, do amontoamento da população, das casas altas demais, da população numerosa demais; medo, também, das epidemias urbanas, dos cemitérios que se tornam cada vez mais numerosos e invadem pouco a pouco a cidade; medo dos esgotos, das caves sobre as quais são construídas as casas que estão sempre correndo o perigo de desmoronar... Tem-se, assim, certo número de pequenos pânicos que atravessaram a vida urbana das grandes cidades do século XVIII, especialmente de Paris FOCUALT, 1998, p. 52.

Outra razão é que revoltas e revoluções sociais, por uma vida mais digna, com os movimentos sociais proletários tomam como palco as cidades, culminando com a instalação da Comuna de Paris, em 1871.

As ações de saúde pública significavam, além de controle das epidemias, controle social, com duas estratégias que se complementavam: o controle dos pobres, que passava pelo controle das moradias, e a reforma urbana, a partir do controle de normas de higiene, para tornar as cidades mais salubres. É aqui que aparecem as raízes do sanitarismo e da higiene pública, cuja preocupação não é primeiramente a saúde da população, mas a salubridade dos lugares. A medicina social na França se preocupa então mais com a salubridade dos lugares do que propriamente das pessoas.

Era preciso identificar os lugares insalubres que pudessem produzir e difundir epidemias, em geral as prisões, os navios, o porto, os hospitais, os cemitérios, além dos bairros pobres,

que amontoavam a população em condições de vida precária. A preocupação era com os lugares insalubres, que deveriam ser saneados.

Ainda que a vigilância e os esquemas de quarentena já estivessem bem estruturados desde os fins do século XVIII na França, foram intensificados neste período com a segregação dos adoecidos para fora da cidade, tal qual nos tempos bíblicos, segregavam-se os leprosos e os mandavam para fora dos muros da cidade. A estratégia era de levar para fora da cidade não só os doentes, mas também o cemitério e o matadouro de animais, por causa dos miasmas que aí se produziam e contaminavam a população.

Para o sanitarismo, era o lugar que precisava ser saneado ou higienizado, para conter a transmissão das doenças, ao invés de tratar as pessoas. As cidades deveriam ser alvos de intervenções urbanísticas porque a desordem do espaço urbano era a causa da produção de miasmas.

Os hospitais precisavam ser controlados e a cidade deveria ter espaços mais abertos para fazer circular o ar mais livremente, assim como os rios deveriam ser drenados para que as águas fluíssem mais rapidamente, para levar os miasmas para longe.

Essa ideia foi apropriada pelos gestores públicos que prometiam realizar aquilo que os higienistas prescreviam. Surgiram, então, planos de intervenção urbana que tinham a finalidade de realizar uma higiene completa do meio físico e social da cidade (COSTA, 2013).

Estabeleciam-se normas e legislações sanitárias para ordenar o espaço e a vida social nas cidades, com base nos conhecimentos da epidemiologia que estava sendo fundada,

implicando naquilo que poderíamos chamar de Saúde Pública.

A medicina urbana não é verdadeiramente uma medicina dos homens, corpos e organismos, mas uma medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência (FOCAULT, 1998, p. 55).

O exemplo maior de intervenção urbana com inspirações neohipocráticas que relacionava às doenças ao meio ambiente foi o Plano Haussmann (1853 a 1870), que tinha por objetivo livrar Paris dos miasmas. A reforma urbana proposta pelo Barão George Haussmann (1809 - 1891) tinha o caráter eminentemente higienista, de saneamento do lugar. Por isso, projetaram-se grandes bulevares, largas avenidas, grandes parques e amplos espaços públicos. Seu plano urbanístico serviu de modelo para várias cidades da Europa e, no Brasil para o Rio de Janeiro.

A medicina social na Inglaterra punha foco na população e nas condições de vida e trabalho, considerando que a causa das epidemias eram as condições sociais e econômicas da população. Foucault (1998) diz que a Medicina Social medicalizou em primeiro lugar o Estado (Alemanha), depois a cidade (França) e finalmente os pobres e os trabalhadores (Inglaterra).

A revolução industrial na Inglaterra, por volta da metade do século XIX tinha produzido uma urbanização sem precedente na história e a culpa pela degradação das condições de vida nas cidades industriais inglesas recaía sobre os pobres.

O mecanismo de controle sanitário dos pobres se estribou na Lei dos Pobres. Nestes tempos iniciais do capitalismo industrial, a pobreza e a miséria aumentaram demasiadamente, o que motivou o debate e a revisão da Lei dos Pobres que vinha sendo

instituída desde o século XVI, como um conjunto de normas e regulamentações, que visava promover a assistência social aos mais pobres e punir a “vagabundagem”. Na medida em que os pobres aceitavam a assistência deveria submeter aos controles médicos, com serviços que não previam cuidados médicos aos indivíduos, mas controle sanitário da população.

Outro motivo para revisar a lei era a preocupação com os movimentos sociais e sindicais que se fortaleciam, para evitar as revoluções que já se organizavam na França e na Alemanha. Havia nisto um mecanismo de controle social.

Segundo Martins; Pimentel (2014), a revisão da lei foi fortemente influenciada pelo liberalismo econômico, fundado nas teorias de Thomas Malthus e David Ricardo, que diziam que os pobres poderiam deixar de ser pobres sendo mais produtivos e não pelo assistencialismo das leis. Para Engels (2008) o auxílio da Caixa dos Pobres era considerado um direito e não uma dádiva, o que diferia do pensamento da burguesia.

A grande contribuição de Engels para a formulação das bases da medicina social, em “A situação da classe operária na Inglaterra”, foi o argumento de que as doenças e as mortes dos trabalhadores nas cidades inglesas do século XIX relacionavam-se às condições de vida e trabalho. Nos bairros pobres dos trabalhadores, conhecidos como bairros de má fama, não havia coleta de esgotos e os excrementos, juntamente com o lixo eram lançados nas ruas.

Por todas as partes, há montes de detritos e cinzas e as águas servidas, diante das portas, formam charcos nauseabundos... Nessa parte da cidade não há esgotos, banheiros públicos ou latrinas nas casas; por isso, imundícies, detritos e excrementos de pelo menos 50

mil pessoas são jogados todas as noites nas valetas, de sorte que, apesar do trabalho de limpeza das ruas, formam-se massas de esterco seco das quais emanam miasmas que, além de horríveis à vista e ao olfato, representam um enorme perigo para a saúde dos moradores (ENGELS, 2008, p.71, 79).

Edwin Chadwick, um dos reformadores da lei dos pobres, também em seu *Report on the Sanitary Condition of Labouring Class*, dizia que as doenças e a alta mortalidade que assolavam as cidades inglesas no século XIX estavam relacionadas diretamente à condição da miséria aviltante dos trabalhadores, e que as epidemias eram resultado do estado de pobreza da população (ANDRADE; BARRETO, 2002).

De certa maneira, com o princípio de *less eligibility* proposto por Chadwick, a nova lei dos pobres assumia o conceito de vulnerabilidade, que considera a necessidade de oferecer proteção social ao indivíduo que estivesse em uma condição mais precária que não pudesse ser comparada a de um trabalhador pobre (FLEURI, 1994).

Esta medicina social que estava centrada no modo de vida e nos determinantes sociais da saúde teve no alemão Rudolf Virchow outro expoente. Ele dizia que para se ter saúde era necessário mais do que cuidados médicos, era necessário democracia, liberdade, educação e prosperidade (ANDRADE; BARRETO, 2002).

A Medicina Social, alinhada com os movimentos populares por melhores condições de vida e trabalho nas cidades reconhecia que as doenças, principalmente as epidemias que se alastravam pelas cidades industriais da Inglaterra, Alemanha e França, estavam diretamente relacionadas às precariedades do modo

de vida, com o que hoje chamamos de determinantes sociais da saúde.

Poderíamos dizer que nos séculos XVIII e XIX, nas cidades industriais da Europa, a medicina social preocupava-se com as pessoas e seus modos de vida e com os lugares em que viviam, por causa dos miasmas, ora mais com as pessoas ora mais com os lugares. Voltamos a frisar que o higienismo não era uma concepção monolítica, mas se estabelecia com variadas correntes, apontando para duas direções principais, a depender a conjuntura política. Deve ficar claro que essas duas posições constituíam uma tensão paradigmática que se interpenetravam (ANDRADE; BARRETO, 2002).

Em uma posição, a direção é para o saneamento dos lugares, estabelecendo normas para a ocupação humana nas cidades e o saneamento ambiental, intervindo para controlar a poluição e os focos de contaminação e de doenças. Em outra, a direção é para a redução das determinações sociais da saúde, sob a pressão dos movimentos sociais e sindicais, estabelecendo legislação de proteção social e leis trabalhistas menos ultrajante, reduzindo a jornada de trabalho, considerando que as más condições de vida e trabalho podem afetar a saúde e produzir epidemias.

1.2 O sanitarismo

No final do século XIX, o Rio de Janeiro era uma cidade pestilenta. Alguns lugares eram considerados insalubres, não por causa dos miasmas, que já tinham sido desmentidos, mas porque neles viviam os pobres, que frequentemente estavam doentes, em razão das condições precárias do modo de vida e do lugar em que viviam.

Os migrantes europeus, tão necessários ao recém-inaugurado mercado de trabalho livre recebiam orientação para não desembarcarem no Rio de Janeiro, nem em Santos, por causa das frequentes epidemias de febre amarela, malária, varíola e peste bubônica, mas deviam seguir para Montevideu ou Buenos Aires. Isso atrapalhava a economia do país.

Então, os ilustres sanitaristas da época foram chamados a encontrar uma solução para esta desventura. Esses sanitaristas alegavam que era preciso livrar a cidade das epidemias, da promiscuidade e de uma população que se insurgia contra a ordem pública (CHALHOUB, 1996).

Inspirando-se nas reformas urbanas de Paris do Plano Haussmann, o Estado levava a cabo a modernização da cidade do Rio de Janeiro, que mais que dobrou em apenas 20 anos, de 1870 a 1890, com uma população de 522 mil habitantes. Diversos serviços públicos foram implantados, sistemas de transporte coletivo, redes de esgotos sanitários, redes de abastecimento de água, telégrafo, iluminação a gás, telefone, energia elétrica, etc. Ao mesmo tempo, investia-se contra os cortiços, com o respaldo da Inspeção Geral de Higiene, da Academia Imperial de Medicina e da imprensa, que identificavam esses locais como insalubres e foco de epidemias que manchava a imagem da cidade perante os imigrantes estrangeiros (VAZ, 1994).

Os cortiços eram um conjunto de casas e cômodos de aluguel que se amontoavam em espaços restritos e atendiam a uma população de trabalhadores e desempregados (vadios), que ali viviam em condições precárias e insalubres.

Em 1893, há um episódio emblemático no Rio de Janeiro, quando foi destruído o cortiço “Cabeça de porco”. Sob o comando

pessoal do prefeito Barata Ribeiro, com soldados armados, bombeiros e os operários da Empresa de Melhoramentos do Brasil, as casas foram demolidas. A população teve que sair levando apenas a roupa do corpo e alguns pertences. Alguns que conseguiram levar madeiras e restos de materiais da demolição subiram o Morro da Providência e ali improvisaram barracos, tão insalubres quanto os cortiços. Anos mais tarde, em 1897, nesse morro juntaram-se a esses os soldados egressos da guerra de Canudos (CHALHOUB, 1996).

Em Belo Monte de Canudos, havia uma encosta chamada Alto da Favela, porque ali era comum a favela, uma planta da família *Euphorbiaceae*. Os soldados de Canudos que viam uma semelhança deste lugar com o Morro da Providência passaram a chamar esse morro de favela (QUEIROZ FILHO, 2011).

Na destruição dos cortiços, a preocupação das elites e autoridades sanitárias não era a saúde dos que ali moravam. Nestes casos, o sanitarismo mostrava sua face mais perversa e autoritária, que não se importava realmente com a saúde da população.

“A intervenção dos higienistas nas políticas públicas parecia obedecer ao mal confessado objetivo de tornar o ambiente salubre para um determinado setor da população” (CHALHOUB, 1996, p. 9).

Os planos de modernização do Rio de Janeiro continuaram no início do século XX com a administração Pereira Passos. O sentido das reformas urbanas era o mesmo: embelezar a cidade sob a forte influência do capital imobiliário, e higienizar o lugares para debelar as epidemias.

Esta modernização urbana expulsou os pobres do centro

da cidade, que tiveram que sair com a destruição dos cortiços e, em razão dos altos preços das novas moradias higienizadas e do maior valor do solo urbano. Com as melhorias realizadas não podiam pagar pelo aluguel exorbitante das moradias nas áreas centrais da cidade. Também, não podiam morar longe por causa do alto custo dos transportes. Os pobres, então, subiram os morros.

Azevedo (2015) afirma, categoricamente, que as reformas urbanas do Rio de Janeiro não visavam outra coisa a não ser a expulsão dos pobres do centro da cidade, para beneficiar os investimentos e a especulação imobiliária. Neste caso, fica evidente o caráter violento e autoritário do sanitarismo que visava muito mais a uma reconfiguração urbana que atendia aos interesses imobiliários do que a saúde da população. Era a medicina das coisas e dos lugares prevalecendo contra a saúde das pessoas.

Outro episódio marcante do sanitarismo que evidenciou o seu autoritarismo foi a revolta da vacina, em 1904, que situava-se no contexto das ebulições sociais relacionadas às reformas urbanas promovidas por Passos Pereira e Rodrigues Alves (RIO DE JANEIRO, 2006).

A revolta das vacinas foi mais que um protesto contra a vacinação obrigatória. Mas que isso, era um movimento social por melhores condições de vida, contra as reformas urbanas que derrubavam as casas dos pobres e os expulsavam para onde quisessem ir, desde que deixassem o centro da cidade para o mercado imobiliário. Essa era a intenção não confessada, mas diziam que as medidas eram necessárias para proteger a saúde da população e para conter as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola.

1.3 A epidemiologia do risco

A origem do conceito de risco é controversa. Godim (2007), citando Bernstein (1997) considera que a ideia do risco é datada e demarca o início da modernidade. O que antes se percebia era o perigo, que podia ser de origem natural, enchentes, terremotos, vulcões, furações, e produzidos pelo próprio homem, como as guerras. A partir do início dos tempos modernos, o perigo passa a ser considerado como risco.

Para Bernstein (1997), em seu livro *Desafio aos deuses: a fascinante história do risco*, a fronteira entre a modernidade e a idade média é marcada pela passagem de uma posição passiva diante do futuro, que era espelho do passado. O que teria que acontecer fatalmente aconteceria. O futuro era o capricho dos deuses que os dogmas da religião reafirmavam. Não haviam preocupações com o passado, porque já tinha acontecido e nem com o futuro, porque não se podia mudá-lo. E ainda, o presente era um cotidiano monótono com estruturas sociais muito estáveis. O futuro era determinado e podia ser uma questão de sorte.

Mas, no alvorecer das luzes, Martin Lutero desafiava a Igreja com suas teses protestantes, as ciências náuticas permitiam as grandes navegações ao redor do mundo e a descoberta de novas terras. Nas artes plásticas, pintavam-se a trindade sagrada e os santos sem aureolas e já se veem representadas cenas mundanas, dos homens e seu cotidiano. É o antropocentrismo que vai substituindo o teocentrismo da idade média. Surgia então um modo diferente de pensar o futuro, não como uma determinação, mas como uma possibilidade, eram tempos de luzes. Talvez, fosse possível não ficar, passivamente, esperando

que o futuro chegasse trazendo o infortúnio, mas controlar o futuro, a partir de escolhas do presente. O misticismo e o dogma foram substituídos pela ciência e pela lógica. O fatalismo foi substituído pela possibilidade (BERNSTEIN, 1997).

Outro marco importante para completar esta nova visão dos homens sobre o futuro foi o avanço da matemática e os cálculos de probabilidade. Bernstein (1997) conta que em 1654 um nobre francês que gostava de jogo e matemática levou a Blaise Pascal um enigma: como dividir entre dois jogadores as apostas de um jogo de azar que foi interrompido quando um deles estava vencendo. Pascal, com a ajuda de Pierre Fermat resolveu a questão, que já havia sido formulada duzentos anos antes. O resultado levou a descoberta da teoria das probabilidades. Com isso, era possível não somente pensar o futuro, mas tomar decisões que mudasse o futuro, com a ajuda da matemática.

No século XVIII, sob a influência das ciências modernas, corpo e natureza passam a serem vistos como unidades independentes, sob a égide do pensamento mecanicista. No paradigma do relógio, o corpo passa a ser visto como uma máquina e a doença um defeito da máquina, que deve ser consertado. É o nascimento da clínica. A medicina das coisas e dos lugares ainda era hegemônica na saúde pública, mapeando os lugares para reconhecer os lugares insalubres, mas a clínica, que poderíamos chamar de medicina do corpo, buscava a causa das doenças no corpo adoecido, mapeando-o para saber em que órgão a doença está, sob os olhares da anatomia primeiro, e depois da microbiologia (FOUCAULT, 1977).

Com o desenvolvimento da microbiologia no final do século XIX, descobria-se ao microscópio uma variedade de microorganismos, identificando-os cada um a uma doença

específica. Inaugura-se um modelo de saúde e uma medicina fundamentada na determinação biológica, que se torna hegemônica.

A teoria dos germes impulsionava a bacteriologia, com investigações biomédicas e procedimentos analíticos que passaram a ser o padrão para as ciências biológicas, razão pela qual os estudos populacionais perderam importância.

A saúde pública, completamente engajada ao movimento da revolução bacteriológica, deixa de lado os estudos da população e dos lugares, para se preocupar com os corpos adoecidos. Em situações não epidêmicas passa a orientar ações individuais, prescrevendo comportamentos e higiene pessoal (GÓIS JUNIOR; LOVISOLO, 2003).

Com a noção de agente etiológico, surge a necessidade de se conhecer as doenças a partir de uma relação unívoca e unicausal, para cada doença uma causa. Essa forma de raciocínio, atualmente, ainda domina a atividade médica para o tratamento das doenças infecciosas, que busca saber qual é o agente infeccioso para combatê-lo, normalmente com antibióticos, no caso de bactérias. A teoria miasmática afinal foi vencida, juntamente com as ciências interessadas nos fatores socioambientais e na determinação social da saúde. A medicina social deixa de ser considerada nas políticas públicas.

Por esta época, a epidemiologia perdia importância e estava em baixa, porque se filiava a uma concepção miasmática de constituição epidêmica, que não identificava a causa das doenças, mas os contextos ambientais e sociais para explicar as epidemias. Para voltar a ser reconhecida nos meios científicos, a epidemiologia se aproxima da teoria dos germes, com ideias

que explicam a doença a partir do corpo biológico e não mais a partir do ambiente. Os lugares e os contextos já não importavam, por isso se volta para o indivíduo, abandonando, em parte, suas origens de conhecimento coletivo sobre a saúde da população.

Também, se aproxima da teoria do risco que se consolidou com a matemática e as ciências modernas. Mas, a gestão do risco não chegou a epidemiologia senão depois ter passado mais de um quarto do século XX, por volta dos anos de 1930.

O elemento central de sua episteme passa a ser o risco de adoecer e morrer, o que equivale a buscar onexo de causalidade e a probabilidade de acontecer. Vê-se, então, a passagem de uma epidemiologia da constituição para uma epidemiologia da exposição (AYRES, 2002; LIMA, 2016).

Na Epidemiologia da exposição, a população são pessoas suscetíveis expostas a um patógeno, que sendo infectadas podem adoecer. O patógeno representa a causa e a exposição ao patógeno equivale ao risco. Risco e causação formam um par inseparável. Junto com o risco veio a estatística; o que efetivamente recolocou a Epidemiologia no topo da escala de prestígio científico foi a estatística (AYRES, 2002).

O objeto epidemiológico passou a ser delimitado como uma relação entre infectados/suscetíveis, que se define como oportunidade de exposição ao agente causal de uma doença. Eis a epidemiologia da exposição; eis a base epistemológica para a formalização do conceito de risco (AYRES, 2002, p. 34).

Com a descoberta dos vetores das doenças, amplia-se a ideia de causação. Agora, a causa era determinada por uma tríade de elementos, baseada no agente etiológico, no vetor e no meio ambiente, este último condicionando os dois primeiros.

O modelo de determinação biológica se fortalece com a clínica, porque o que está em questão é a doença no corpo e a ação do agente infeccioso. Nas ações de saúde pública (vigilância/prevenção), também prevalecem os fatores biológicos (agente etiológico e vetor), consolidando a epidemiologia da exposição.

Pela visão sanitaria do modelo biomédico, os indivíduos estão expostos aos riscos de doenças e agravos, sendo por isso necessário estabelecer vigilância epidemiológica e prevenção.

Um dos fundamentos atuais da epidemiologia é a noção de risco. Busca-se reconhecer a condição dos indivíduos e populações que estão expostos aos fatores de risco, identificando os agentes causais e utilizando métodos estatísticos para calcular a probabilidade de concretização da ameaça. Uma das tarefas das vigilâncias em saúde é identificar temporal e espacialmente os fatores de risco de uma doença, agravo; a probabilidade de ocorrência do evento e a severidade do dano que pode causar, para estabelecer ações de prevenção (LIMA, 2016, p. 95).

Aqui, teremos que discutir mais pormenorizadamente a noção de risco. Risco em epidemiologia equivale à probabilidade de acontecer a doença, o agravo à saúde ou o óbito e sustenta as ações de vigilância epidemiológica e prevenção. Neste assunto, a causação das doenças, a exposição e o risco se colocam como questões importantes para a epidemiologia.

É necessário identificar os fatores de risco e os indivíduos e as populações em risco e, ainda, calcular o risco (probabilidade) para definir estratégias de prevenção e eliminação ou mitigação do risco, reduzindo a possibilidade da concretização do dano, por meio de ações de vigilância e controle.

Nesta abordagem do risco, em se tratando de doenças infecciosas, predominam as avaliações sobre a *exposição* ao agente infeccioso. No caso de doenças crônicas não transmissíveis, a avaliação é sobre os *fatores de risco*, principalmente relacionados aos comportamentos e aos estilos de vida (obesidade, sedentarismo, tabagismo, uso abusivo de álcool e outras drogas). A partir disso, as ações de prevenção são definidas com educação para a saúde, prescrevendo mudança de estilo de vida.

Vários problemas podem ser vistos na abordagem do risco, que comprometem a efetividade das ações de prevenção. Em primeiro lugar, a gestão do risco é orientada para uma prevenção individual, principalmente para pacientes de alto risco. A epidemiologia que desde o princípio tinha uma perspectiva populacional, com a hegemonia do modelo biomédico de atenção à saúde, sob a influência da teoria da história natural da doença passa a orientar-se para uma prevenção individual.

Rose (1992) diz que uma pequena redução do risco em um grande número de pessoas (abordagem populacional) é capaz de ser mais resolutiva que a prevenção individual em grupos de alto risco (abordagem individual). E ainda, em se tratando de doenças crônicas não transmissíveis, concentram-se esforços naqueles que já estão doentes, isso não seria prevenção, mas tratamento. O que se faz com os que ainda não estão doentes, mas em pouco tempo estarão? Nada.

Foi exatamente isso que a Fundação Rockefeller propunha como reação imediata a concepção de Atenção Primária à Saúde de Alma Ata, que tinha como meta saúde para todos até o ano 2000. Dizia que a atenção primária que inclui a todos é muito cara e nesse caso o melhor seria eleger prioridades, escolhendo atender prioritariamente os grupos de alto risco, e um

determinado número de doenças (WALSH; WARREN, 1979; CASTIEL, 2012).

Rose (1992); Capewell; Graham (2010) criticaram essa Atenção Primária Seletiva dizendo que o rastreamento e o tratamento de indivíduos de alto risco, em detrimento do restante da população podem aumentar as desigualdades em saúde.

Outro problema é que a abordagem do risco é prescritiva. Seja para sustentar uma estratégia de atenção individual à saúde ou eventualmente uma estratégia populacional, a gestão do risco sempre desemboca na prevenção prescritiva, para mudança de comportamentos e estilo de vida.

Segundo Ayres et al. (2009), a abordagem da gestão do risco é pouco efetiva e ainda culpa o indivíduo, por não ser capaz de atender à prescrição e dar as respostas pretendidas às políticas de prevenção. Isso porque comportamentos e estilos de vida não são produzidos pelos indivíduos, mas pela cultura (LIMA, 2016).

E ainda mais um problema, é que o seu fundamento está vinculado à ideia de causalidade. As causas ou fatores de risco, principalmente para as doenças não transmissíveis não explicam totalmente a doença porque os eventos de saúde resultam de uma relação complexa entre atributos individuais, sociais e aspectos contextuais que são capazes de determinar os hábitos e comportamentos dos indivíduos (PROEITTI et al., 2008).

Castiel (1999, 2012), discutindo a promoção da saúde critica os conceitos *estilo de vida* e *autocuidado* como sendo um dos caminhos para a manutenção da saúde. O autocuidado representaria uma autovigilância para evitar os fatores de risco e a decisão de mudar condutas e atitudes para adoção de estilos de vida mais saudável. O que passa é que esses enfoques são

prescritivos, esquecendo-se que o estilo de vida, que preferimos chamar de modo de vida relaciona-se a um contexto que não depende diretamente da vontade do indivíduo, conforme o pensamento de Antony Giddens e Gregory Bateson.

Almeida-Filho (1992) questiona a capacidade da epidemiologia do risco para compreender as interações entre aspectos coletivos e individuais que envolvem o adoecer e o morrer. Diz que a epidemiologia dos fatores de risco não dá conta da complexidade que cerca o objeto saúde/doença. Diz, ainda, que seria necessário um novo paradigma na epidemiologia, que transcenda os conceitos de modos de transmissão e de fatores de risco, porque a epidemiologia voltada para o indivíduo mostra-se extremamente limitada para orientar ações de saúde pública.

Almeida Filho et al.(1998), comentando sobre os programas de educação e prevenção contra a transmissão do HIV/AIDS, dirigidos aos indivíduos, diz que esta estratégia coloca sobre os indivíduos a responsabilidade sobre as condutas que levem a redução do risco. Os autores sugerem uma epidemiologia contextual e que esses programas deveriam levar em consideração às relações interpessoais, com aspectos históricos, sociais e simbólicos, assim com as redes sociais dos indivíduos. Concordando com isso, Castiel (1994) propõe a adoção do paradigma da complexidade para resolver o problema das limitações da epidemiologia dos fatores de risco.

Lima (2016), discutindo problemas e necessidades de saúde, diz que a atenção à saúde individual, com abordagem clínica, mira o corpo biológico para tratar a doença, porque o objetivo é a cura e a reabilitação. Diz ainda que abordagem epidemiológica, sempre foi uma abordagem espacial, identificando e localizando

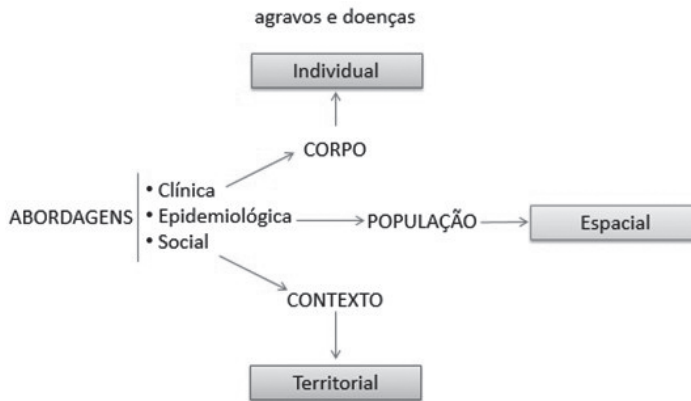
os problemas e necessidades de saúde para compreender o modo de transmissão, os fatores de risco, a incidência e a prevalência das doenças. Mas, sob a influência da teoria da história natural da doença, a epidemiologia se aproximou da clínica, para estabelecer ações de prevenção com abordagem individual. E ainda a vigilância, para orientar ações de prevenção com abordagem epidemiológica, deveria voltar às origens. Mesmo dedicada a identificar causas e fatores de risco, deveria considerar a população e o espaço.

Mas, para superar as limitações da abordagem epidemiológica, seria necessária a adoção de uma abordagem social, que não põe foco nos indivíduos da população, mas na relação da população com o seu território, considerando o indivíduo e a população em seus contextos de vida e trabalho.

Na abordagem social, a ação é sobre o contexto que pode ser desfavorável a saúde. A ação não é diretamente sobre o corpo biológico, nem sobre a população, mas sobre o território, que representa os contextos do processo saúde-doença. A preocupação é com os contextos e não com causas ou fatores de risco (Figura 1).

Se nas abordagens clínica e epidemiológica a preocupação é com a doença, na abordagem social a preocupação é com a saúde. Se a doença se manifesta no corpo, a saúde se manifesta no contexto da vida, numa relação complexa que envolve o corpo e o ambiente, no qual aspectos biológicos, sociais, econômicos, culturais, psicológicos devem ser considerados.

Figura 1: Abordagens para a análise dos problemas de saúde



Fonte: LIMA (2016)

Esta abordagem de contexto equivale a ideia de constituição epidêmica do pensamento hipocrático, que foi recuperada no século XVII por Thomas Sydenham (1624 - 1689), que relacionava as doenças ao ambiente, cujo interesse não era identificar a causa, mas a relação complexa que envolvia a doença e o corpo ao contexto dos lugares.

1.4 Promoção da Saúde: a nova constituição epidêmica

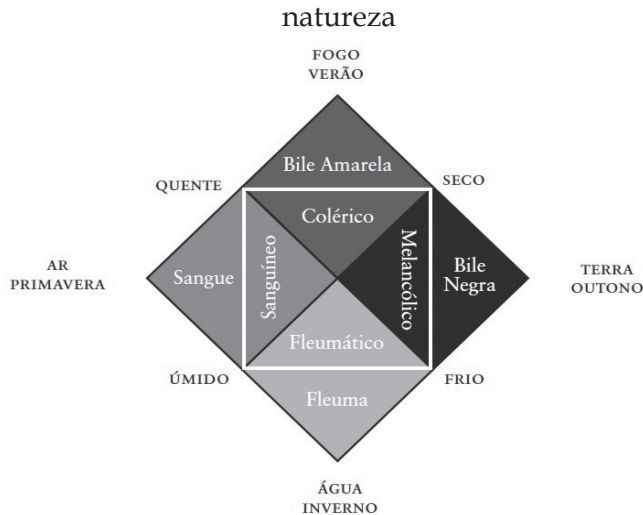
Desde Hipócrates, o ambiente era considerado para pensar a saúde dos indivíduos e populações e com base nisto foram desenvolvidos os conceitos de endemia e epidemia. Pensando que algumas doenças são características de determinados lugares, constrói-se a noção de constituição epidêmica.

Os lugares eram caracterizados por um contexto ambiental que na concepção hipocrática, era representado por uma condição climática, pela qualidade das águas, mas também pelo modo de vida das populações. A saúde humana era vista como uma totalidade, a síntese entre o equilíbrio orgânico do corpo e o equi-

líbrio ambiental do lugar, a partir do conceito de *Physis* (Figura 2), que representava não só a constituição da natureza, com seus elementos formativos ar, terra, água e fogo; e suas qualidades frio, quente, seco e úmido; mas também a constituição individual com os humores corporais: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra, numa concepção dinâmica que não separava no homem o biológico, o social e o psíquico, nem o corpo da natureza, o ambiente externo ao qual se insere (CZERESNIA, 2001; RESENDE, 2009).

Durante a revolução industrial na Europa e a crise da saúde urbana, com base no higienismo da medicina social, as doenças eram vistas, ora como resultado da insalubridade dos lugares, ora relacionadas ao modo de vida e as condições sociais e nunca como um estado biológico do corpo. Mas, com o enfraquecimento dos movimentos sociais e a teoria dos germes conduzida pelos avanços da microbiologia, o corpo torna-se o lócus de maior interesse nas ciências da saúde.

Figura 2: Os quatro humores corporais e os quatro elementos da natureza

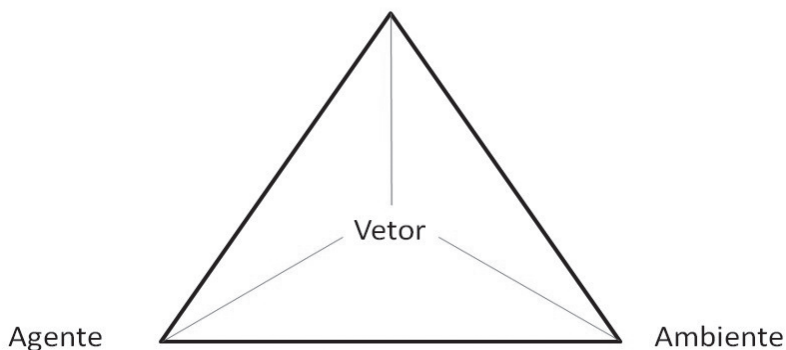


Fonte: RESENDE (2009, p. 51)

A microbiologia, que buscava encontrar a causa das doenças no corpo, encontrou o agente etiológico, um agente específico para cada doença. Está aí a raiz do modelo biomédico, que acendia luzes sobre o corpo adoecido e a patologia. Sobre esse conhecimento desenhou-se o modelo da unicausalidade, que era combatido por aqueles que ainda achavam que para compreender a doença deveriam se considerados, além do microorganismo, o meio ambiente e a susceptibilidade dos indivíduos à infecção.

O interesse pela relação saúde - ambiente só foi retomado mais tarde, com o modelo da tríade causal, pelo reconhecimento de que o agente etiológico sozinho não explicava o comportamento epidemiológico das doenças (Figura 3). Neste modelo, a explicação do processo saúde-doença incluía aspectos do ambiente fora do corpo, mas continuava essencialmente biológica, por considerar como fatores da causalidade o meio físico biológico dos lugares.

Figura 3: Modelo da tríade causal das doenças



Fonte: GORDIS, L. (2014)

Nos tempos que antecederam a 2ª Grande Guerra, nesta linha da tríade causal, que buscava a causalidade das doenças na relação homem - ambiente, aparecem a teoria dos focos naturais das doenças de Pavlovski (s.d.) e a teoria dos complexos patogênicos de Sorre (2006).

Evgeny Pavlovsky era parasitologista russo que tentava explicar a ocorrência de um surto de encefalite na Sibéria. Como a área era de baixíssima densidade demográfica, entendeu que a hipótese da transmissão do vírus de pessoa a pessoa era improvável. Concluiu, então, que esse surto de encefalite tratava-se de uma zoonoses transmitida por vetores (PAVLOVSKY, s.d.).

Na teoria ecológica de Pavlovsky as doenças infecciosas são entidades que se movimentam em um ciclo, a partir da relação entre patógenos (microorganismo), reservatórios (animais vertebrados) e vetores (insetos), constituindo uma patobiocenose em um território específico (territórios nosogênicos). O foco natural das doenças era num determinado território, delimitado por contexto de relações ecológicas que mantinham o ciclo. O homem, ao entrar neste território tornava-se susceptível à infecção (RIBEIRO, 2001; SILVA, 1997).

Maximilien Sorre era um geógrafo francês que publicou pela primeira vez sua teoria dos Complexos Patogênicos nos *Annales de Géographie*, em 1933 (SORRE, 2006), retomada no livro *Les fondements de la géographie humaine*, em 3 volumes, cujo primeiro é dedicado aos fundamentos biológicos, ensaio de uma ecologia do homem. Os complexos patogênicos referem-se a um contexto em que uma doença específica se manifestaria em um dado espaço geográfico (SORRE, 1951).

Diferente da teoria de Pavlosky, na teoria de Sorre o papel mais importante está no homem, que não é somente

sujeito passivo disposto à infecção, mas produtor do complexo patogênico, quando transforma o espaço. Para além dos aspectos ecológicos da doença, que envolviam os patógenos, os vetores e o meio ambiente que os condicionam, envolve também o homem como elemento constitutivo e produtor, não somente passivo, susceptível à infecção.

Essas ideias estavam de acordo com a vertente do pensamento chamada de Geografia Médica, desenvolvida deste o século XVII, que tentava recuperar a lógica hipocrática sobre explicação das doenças na *physis*. A teoria do Complexo Patogênico se aproxima do conceito de constituição epidêmica.

Mas, a força da epidemiologia clínica e o modelo biomédico tirou o brilho dessa ideia, porque colocou o indivíduo no centro, reforçando a concepção biológica do processo saúde-doença. Mesmo com a ampliação do modelo explicativo, com a teoria da multicausalidade que inclui aspectos sociais, econômicos e demográficos, o centro da explicação causal continua sendo biológica e as luzes continuam sobre o indivíduo. Isto se vê claramente na teoria da História Natural da Doença de Leavel e Clark (1976).

Este modelo é muito utilizado para pensar ações de prevenção, mas mesmo neste aspecto, mais confunde que esclarece. Por exemplo, quando o indivíduo não está doente, mas está exposto a um fator de adoecimento (período pré-patogênico), diz-se que é preciso estabelecer prevenção, com proteção específica contra a doença e promoção da saúde, o que chama de prevenção primária. Confunde prevenção com promoção da saúde.

Quando a pessoa adoece e aparecem os primeiros sintomas (período clínico ou patogênico), ela precisa ser cuidada. Diz-se

que ela precisa de diagnóstico e tratamento precoce, para que a doença não se agrave. Isso é chamado de prevenção secundária. Quando a doença se agrava, o tratamento é para que ela não morra. Isso é chamado de prevenção terciária. Nestes casos, a confusão é tomar o tratamento da doença como prevenção (Quadro 1).

Quadro 1: Modelo da história natural da doença

PERÍODO PRÉ-PATOGÊNICO		PERÍODO PATOGÊNICO OU CLÍNICO		
Períodos	Exposição a fatores de adoecimento	Alterações precoces	Primeiros sintomas	Doença avançada e Convalescença
Níveis de atenção	Promoção da saúde	Diagnóstico e tratamento precoce	Limitação do dano	Reabilitação
	Proteção específica	Prevenção secundária		Prevenção terciária
	Prevenção primária			

Fonte: Leavel; Clark (1976). Adaptado por LIMA, Samuel do Carmo (2017)

Com o aumento da incidência/prevalência das doenças não transmissíveis e seus agravos, a partir da metade do século XX, a causalidade passa a ser investigada em fatores da biologia do corpo e do estilo de vida, considerando os comportamentos como fatores de risco para as doenças crônicas (DIEZ-ROUX, 2000).

O sinal dos tempos, em que o modelo biomédico de atenção à saúde se estabelece cada vez mais hegemônico é quando a epidemiologia, que era um conhecimento de base populacional, com fortes ligações com as ciências sociais, passa a dedicar-se prioritariamente ao estudo dos indivíduos e o risco de adoecer.

A ascensão da mortalidade por doenças crônicas fortaleceu o paradigma do risco, frequentemente chamado de paradigma da caixa preta, baseando-se na identificação de inúmeros fatores

de risco, nem sempre conectados adequadamente por meio de uma teoria da doença e sem considerar os determinantes sociais da saúde (VETTORE; LAMARCA, 2012).

Na contramão desta história, a partir da segunda metade do século XX surge uma posição contra-hegemônica chamada epidemiologia social, induzida pelas intensas transformações sociais e pelos movimentos políticos de lutas por direitos civis e por melhores condições de vida, com uma teoria social que conduz a compreensão do processo saúde-doença a partir da análise da situação de saúde da população, no plano coletivo, deixando de lado a causação para apoiar-se na ideia da determinação social como modelo explicativo do processo saúde-doença (BARATA, 2005).

Nos anos de 1970 e 1980, durante os estertores das ditaduras militares da América Latina no Brasil, esta epidemiologia social dá sustentação a um movimento de reforma sanitária que se baseava em última análise nas ideias da medicina social do século XIX e tinha como slogan “saúde como direito do cidadão e dever do Estado”.

Esse movimento, que no Brasil foi denominado de Saúde Coletiva, incorporava ao modelo de atenção à saúde a dimensão coletiva, tentando romper com a dicotomia prevenção-cura no modelo de atenção à saúde. Era uma tentativa de superar o modelo biológico de causação das doenças, com atenção à saúde predominantemente individual, centrado na doença e no hospital. Tentava-se abandonar o modelo biomédico da história natural da doença para pensar um modelo de atenção à saúde em que a assistência seja individual, para o tratamento da doença, mas a prevenção e a promoção da saúde sejam coletivas, articulando ações sobre a população e os territórios,

considerando os contextos de vida. Para isso, a referência inicial não poderia ser Leavel e Clark, mas Lalonde.

Lalonde era o Ministro da Saúde do Canadá quando elaborou um relatório que questionava profundamente a baixa resolubilidade e o custo extremamente dispendiosos do Sistema de Saúde do seu país. Concluía que a saúde era um campo multidimensional determinado por quatro fatores: estilo de vida, biologia humana, meio ambiente e acesso ao sistema de saúde. Segundo ele, era preciso reorganizar o serviço de saúde, deslocando o foco que estava posto prioritariamente nos aspectos biológicos da doença e nas ações hospitalares para os aspectos da determinação social da saúde (LALONDE, 1974).

A segunda referência é Alma Ata, não propriamente a cidade do Cazaquistão (ex república soviética), mas a 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde patrocinada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ali realizada em 1978.

A Declaração de Alma Ata dizia que era preciso ampliar o acesso aos serviços de saúde, à começar pelo nível da atenção primária, com o fortalecimento da prevenção e da promoção da saúde, para garantir o direito universal do ser humano à vida, sob o lema “saúde para todos até o ano 2000” (BRASIL, 2002).

Castiel (2012) diz que Alma Ata representa uma clara orientação aos países para que estabelecessem políticas de redução das desigualdades sociais para concretizar o programa “Saúde para Todos até o Ano 2000”. Entretanto, as políticas neoliberais que varreram o mundo nos anos de 1990 barraram essa intenção.

A terceira referência é Ottawa. Foi lá que se realizou a 1ª

Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, que definitivamente inaugurou um novo tempo, em que a concepção de constituição epidêmica ressurgiu, que se colocava com mais força no confronto direto contra o modelo biomédico de atenção à saúde.

A OMS continuou a organizar conferências internacionais para pensar a saúde a partir desse novo paradigma, da determinação social da saúde, pelo qual era preciso reorganizar os serviços de saúde para também fazer além da assistência a doença, prevenção e promoção da saúde. Depois de Ottawa (1986), vieram Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairóbi (2009), Brasil (2012), Helsinque (2013) e Xangai (2016).

Na esteira do movimento internacional conduzido pelas conferências de saúde promovidas pela OMS, que reuniam os países para orientá-los à conversão dos sistemas nacionais de saúde a um modelo de atenção que reconhecia a determinação social da saúde, que priorizassem ações de prevenção e promoção da saúde surge no Brasil um movimento de reforma sanitária, cujos marcos principais foram a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990.

Não se pode ignorar que, a despeito do grande esforço da OMS para orientar os países sobre a necessidade de reorganizar os serviços de saúde a partir das ideias de determinação social e promoção da saúde, há uma disputa em curso, que envolve não somente posições conceituais, mas embates políticos e ideológicos.

Nesta disputa entre o modelo biomédico e o modelo da determinação social da saúde, permanece hegemônico o modelo biomédico, porque serve bem aos interesses de um estado

Neoliberal, e de uma sociedade elitista. Isso se demonstra na prática das ações, nos sistemas locais de saúde, mesmo naqueles países onde a ideologia de Estado de Bem-estar Social está mais estabelecida.

Mesmo por dentro do novo modelo de atenção à saúde, ocorre uma disputa entre concepções distintas de promoção da saúde. Uma é prescritiva, regulatória, que busca mudança de comportamentos e estilo de vida; a outra propõe a construção de territórios saudáveis, emancipadora, voltada para atuar sobre a determinação social da saúde (SASAKI; RIBEIRO, 2013).

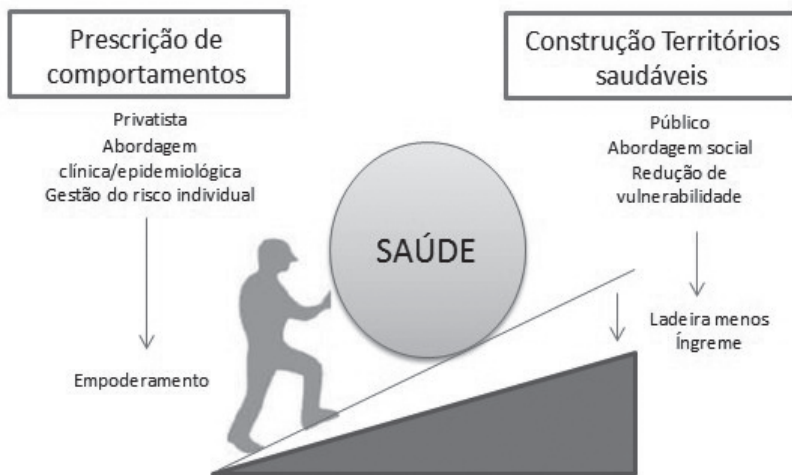
A Figura 4 nos remete ao Mito de Sísifo. Conta-se, pela mitologia grega que Sísifo viu uma grande águia sobrevoando a cidade com uma bela jovem em suas garras. A jovem era Égina, filha de Asopo. A águia era Zeus que a raptava. Sísifo que era o mais astuto dentre os homens, a despeito disso, incorreu em um grande erro que foi contar ao pai da moça o destino da filha, em troca de uma fonte de água para sua cidade, despertando assim a ira de Zeus.

A história é longa, mas o que nos interessa é o castigo a que Sísifo foi submetido. Foi condenado a rolar uma pedra até o cume de uma montanha. Quando a tarefa estava quase cumprida, a pedra rolava abaixo. E todos os dias da eternidade tinha que repetir esse esforço em vão (CASTIEL, 2012).

O Canadá, berço da “nova promoção da saúde”, assumiu como estratégia fundamental de atenção à saúde a primeira estratégia, a de empoderar os indivíduos para que possam empurrar sua saúde para cima. Trata-se de uma educação sanitária para mudança de estilos de vida, com ênfase na ação individual, como se a saúde dependesse de cada um e de sua vontade (BRASIL, 2002; POLLAND, 2007).

Como essa estratégia de prescrever aos indivíduos comportamentos e estilos de vida quase sempre falha, porque o estilo de vida é produto da cultura e dos grupos sociais, ninguém adere a prescrição. Neste caso, a vítima é culpada por sua enfermidade.

Figura 4: Abordagens de promoção da saúde



Fonte: Adaptado de Moysés (2017)

Parece-me que que por mais esforço ou fortalecido que sejam os indivíduos, o esforço para empurrar sua saúde para cima quase sempre será em vão se não for possível aplainar o terreno ou pelo menos reduzir sua inclinação. Outra corrente de promoção da saúde, que não põe esforços para prescrever comportamentos e normatizar a sociedade, mas vai na linha da construção de territórios saudáveis (LIMA, 2016). A abordagem de promoção da saúde, com a criação de territórios saudáveis tem sido mais bem desenvolvida na Europa, a partir da criação da Rede Europeia de Cidades Saudáveis, em 1988, com os seguintes

objetivos (WHO, 2013):

- Promover ações que coloquem a saúde em destaque nas agendas sociais e políticas das cidades.
- Promover políticas e ações em prol da saúde e do desenvolvimento sustentável, a nível local, enfatizando a abordagem aos determinantes da saúde, a equidade em saúde e os princípios das políticas europeias Saúde para Todos e Saúde 2020.
- Promover uma governança intersetorial e participativa para a saúde, a saúde e a equidade em todas as políticas locais e um planeamento integrado para a saúde.
- Gerar especialização de políticas e práticas, resultados positivos, conhecimento e métodos que possam ser usados para promover a saúde em todas as cidades da Região Europeia.
- Promover a solidariedade, a cooperação e relações de trabalho entre cidades europeias, redes de autoridades locais e parcerias com as agências que lidam com as questões urbanas.
- Alargar a acessibilidade da Rede Europeia da OMS a todos os Estados-Membros da Região Europeia.

Enquanto isso, no Brasil, a partir dos anos de 1990, depois da Constituição Federal de 1988 que consolidou os princípios fundamentais do movimento pela reforma sanitária, instituíram-se a Política Nacional de Atenção Básica (2006) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010).

Nestas políticas de saúde, a Estratégia de Saúde da Família foi colocada como prioridade, para reorganizar a atenção à saúde,

para realizar mais que a assistência médica individual; também, proteção, prevenção e promoção da saúde dos indivíduos e das coletividades, de forma integral e contínua, atuando sobre os determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2011, SASAKI; RIBEIRO, 2013).

Mas, há uma dificuldade para que a Estratégia Saúde da Família assuma definitivamente a posição de guardião dos princípios da promoção da saúde, para exercê-los numa atuação clara sobre a determinação social da saúde, de forma intersetorial e com mobilização social. É que a resistência histórica do modelo biomédico faz permanecerem hegemônicos os aspectos biológicos da doença nas ações e práticas de saúde e a perspectiva individual, a despeito das diretrizes e orientações dos órgãos nacionais e internacionais da saúde.

Ronzani; Stralen (2003) dizem que dentre os muitos problemas para a efetivação do SUS está a contradição entre suas diretrizes expressas na legislação, com princípios de universalidade, e a realidade política e econômica do Estado neoliberal que abre espaço na saúde para a concorrência de mercado.

Não é possível estabelecer um novo modelo sem desconstruir o velho. Por exemplo, os profissionais de saúde ainda não compreendem muito bem que a estratégia saúde da família, ao lado da assistência individual, deve realizar prevenção e promoção da saúde com abordagens coletivas; e ainda entendem saúde como ausência de doença e confundem prevenção com promoção da saúde.

Em estudo sobre a percepção e a prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Sasaki; Ribeiro (2013) relatam essa dificuldade de entendimento sobre a promoção da saúde.

Promoção da saúde é tudo aquilo que você pode prevenir. [...] é sempre você tá antecipando uma doença, é...você tá avaliando a alimentação do paciente,[...] evitar na verdade a doença, [...]. prevenir essas doenças, diabetes, hipertensão, e outros tipos de doenças [...] (SASAKI; RIBEIRO, 2013, p. 157).

Educação em saúde é destacadamente considerada uma ação de promoção da saúde. O problema é quando a educação em saúde é uma comunicação unilateral, educação prescritiva, voltada para a prevenção contra hábitos e comportamentos ditos não saudáveis e para orientar o tratamento de pacientes e grupos acometidos por patologias específicas.

[...] através de orientações, em grupos realizados na unidade, em visitas domiciliares [...] ela pode ser feita através de orientações, ações educativas, e até mesmo consultas[...] tá sempre ensinando... educando eles a se alimentar melhor, tomar medicação [...] grupo referente a cada tema, pré-diabético, hipertensão, alimentação, alimentação saudável, o que pode evitar ter uma hipertensão, com menos sal, menos gordura, uma comida hipossódica, hipocalórica, nós trabalhamos na saúde muita orientação (SASAKI; RIBEIRO, 2013, p. 158).

De outra parte, os profissionais da saúde estão enredados pela emergência da doença e ainda mais, a formação dos profissionais é voltada para entender e tratar a doença e não para promover a saúde.

[...] porque a lógica é cuidar de quem já tá doente, ou que tem uma situação especial [...] e aquela outra parte de população que seria de... de promover mesmo a saúde, daquela que não tem a doença, fica mais limitado mesmo... nosso atendimento à maioria das pessoas é pra quem já tem a doença (SASAKI; RIBEIRO, 2013, p. 159).

É preciso entender promoção da saúde como uma concepção de saúde holística, que considera a situação de saúde a partir da condição do indivíduo e das populações no lugar onde se vive. Por isso, estamos propondo o resgate do conceito de constituição epidêmica, pela qual a doença resultava de um desequilíbrio da relação entre a constituição do corpo e a constituição do meio ambiente, ou seja, determinação social da saúde (CZERESNIA, 2001).

Para explicar melhor isso e entender promoção da saúde temos que começar o argumento pelas necessidades e problemas de saúde, que são muito mais do que consultas médicas, exames e tratamento das doenças.

Somente com a compreensão dos problemas e necessidades de saúde, no contexto de vida e trabalho dos indivíduos e das populações, no lugar onde vivem, é possível estabelecer ações de prevenção e promoção da saúde (LIMA, 2016, p. 53).

Analisando os problemas e necessidades de saúde em 3 escalas de observação (Figura 5) , na escala do corpo biológico os problemas de saúde realmente referem-se às doenças. A assistência ao paciente, que põe foco no indivíduo, deve colocar a disposição dos profissionais de saúde todo o arsenal de tecnologias biomédicas que se fizerem necessárias para o diagnóstico e a cura, mas a decisão de qual terapia utilizar para o tratamento da doença não pode ser influenciada pela indústria farmacêutica ou de equipamentos.

Mesmo que a doença se manifeste no corpo, para melhor entender a doença, que tem uma história, é preciso contextualizá-la, por exemplo, a cura e reabilitação do indivíduo podem variar com o gênero e as etapas da vida. Também, não basta olhar só para dentro do corpo, deve-se também entender como esse corpo é afetado pelas condições ambientais (LIMA, 2016).

A segunda escala de observação é a família. Políticas sociais e políticas de saúde baseadas no cuidado da família, qualquer que seja sua tipologia ou estrutura, vêm sendo sugeridas pelo SUAS (Sistema Único de Assistência Social) e pelo SUS (Sistema Único de Saúde), cujo objeto de intervenção não são os indivíduos mas a própria família, como um espaço de relações sociais.

Figura 5: Necessidades e problemas de saúde em três escalas de observação



Fonte: LIMA (2016)

Precisamos olhar para a família, para os indivíduos na relação familiar e não cada indivíduo separadamente. Embora a Estratégia Saúde da Família tenha sido proposta para substituir a forma tradicional de atenção à saúde, para assistir os indivíduos no contexto da família, considerando a vida cotidiana e

doméstica, infelizmente, o que ocorre é que as ações das unidades de saúde da família continuam a realizar assistência individual, reproduzindo os antigos modelos de posto de saúde, limitando-se à prática curativa (RONZANI; STRALEN, 2003).

Serapioni (2005) diz que a família representa a unidade básica de atenção à saúde; ou seja, o primeiro nível de atenção à saúde.

Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive... As ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompa os muros das unidades de saúde e enraíze-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam (BRASIL, 1997, p.8)

Entretanto, o processo de trabalho das Unidades de Saúde da Família continua definido por programas verticalizados, fragmentando as ações por patologias, fatiando a população (mulheres, crianças, idosos), com assistência individual, não considerando o contexto do grupo familiar. O mesmo foi dito por Vasconcelos (2000) com relação às políticas sociais, que a grande maioria das políticas para o atendimento individual, desconsidera o universo familiar e comunitário em que vivem.

Costa Neto (2000) diz que a família representa a confluência das realidades vividas pelos indivíduos que não representa apenas o somatório de comportamentos individuais, mas o contexto de um processo integrado, em permanente evolução de cada um, sempre na relação com o outro; diz também que a família deve ser vista como parte integrante do sistema social (lazer, escola, religião, cultura, política e outros).

Deste modo, a Estratégia Saúde da Família deveria

ultrapassar a abordagem individual e considerar os contextos familiares e a vida comunitária, ou seja, deveria cuidar da família; mas faltam definições teóricas e práticas para orientar as ações de saúde que tenham essa visão sistêmica e ecológica da família (CARNEIRO et al., 2007).

A terceira escala de observação é a comunidade e a ação é sobre a população, no contexto do território. É nesta escala que se configura a promoção da saúde, como estratégias que atuam sobre os determinantes sociais da saúde, bem como a vigilância em saúde, que identifica contextos desfavoráveis à saúde.

Isto se torna importante porque as políticas nacionais de saúde, em especial a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010), a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), e a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2010) orientam que a atenção à saúde não enfoque somente as ações para tratar e prevenir doenças, mas também em ações de promoção da saúde.

Ainda que sejam importantes a assistência e o tratamento das doenças, porque quem está doente tem pressa, é necessário reconhecer os limites da atenção individual para a resolução dos problemas e necessidades de saúde de uma população, que se relacionam ao contexto da vida cotidiana (LIMA, 2016, p. 16).

Então, de que promoção da saúde nos interessa falar? Certamente, de uma promoção da saúde que se aproxime da teoria da constituição epidêmica, que considere o contexto de vida dos sujeitos. É exatamente isso que propõe a Política Nacional de Atenção Básica que estabelece, em um dos seus princípios, que o cuidado à saúde deve ser estabelecido à população de um território definido, considerando as singularidades de sua inserção

sociocultural, com integralidade e de maneira democrática e participativa (BRASIL, 2011).

Seguindo essa orientação, promoção da saúde nada tem a ver com a prescrição de comportamentos ou estilos de vida saudáveis, configurada em ações normativas e discursos coercitivo.

Relaciona-se diretamente com a possibilidade de mudança de contextos de vida, para os quais se deve pensar sobre os determinantes sociais da saúde, para a intervenção. Portanto, promover saúde significa não só prover os cuidados de saúde, mas fundamentalmente melhorar as condições de vida da população.

Dahlgreen; Whitehead (2006) dizem que a condição de saúde das populações está diretamente relacionada às condições sociais e que isso determina suas chances de ser saudável. Dizem ainda que as desigualdades em saúde são iniquidades quando estas desigualdades são injustas e evitáveis.

O modelo explicativo de Dahlgreen; Whitehead (2006) para os determinantes da saúde, configurado em camadas concêntricas, mostra na camada mais interna que a constituição biológica dos indivíduos como idade, sexo e características genéticas têm influência sobre sua saúde, mas sobre esses fatores está o estilo de vida, que de maneira nenhuma é uma opção de escolha deliberada dos sujeitos, está determinado por hábitos e costumes, bem como pelas normas sociais estabelecidas nas redes sociais e comunitárias. Sobre esses fatores estão as condições de vida e trabalho, habitação, alimentação, acesso a bens e serviços essenciais, saneamento ambiental, educação, acesso aos serviços de saúde, que por sua vez estão determinados pelas condições

gerais da economia, da cultura e do ambiente (Figura 6).

Figura 6: Modelo da determinação da saúde adaptado de Dahlgreen e Whitehead (2006)



Fonte: Ceballos (2015)

Lima (2016) considera que para promover saúde o serviço de saúde deve se ocupar, não só com o tratamento da doença (abordagem curativa), nem só com a prevenção (abordagem epidemiológica), mas também com os determinantes sociais da saúde (abordagem social), que se relacionam as condições de vida e trabalho. Devem-se identificar os problemas de saúde da população, a partir da compreensão do processo histórico que constrói o desenvolvimento econômico, social e político das

populações e dos lugares, considerando, para além da doença e do corpo, as relações sociais que determinam o processo saúde-doença. Está claro que a maioria dos serviços de saúde municipais não está preparada para isso.

Cabe discutir aqui o importante papel dos agentes comunitários de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que têm como trabalho principal desenvolver ações educativas para que a população possa reconhecer com autonomia sua condição, individual e coletiva, no contexto de seu território.

Maciazeki-Gomes et al. (2016) dizem que a base do trabalho do Agente Comunitário de Saúde deve ser a Educação Popular em Saúde (EPS), inspirada na Educação Popular de Paulo Freire, que deve considerar contexto de vida dos sujeitos, que pode favorecer ou não as transformações do modo de vida, para se obter saúde, atuando para que isso efetivamente ocorra, sob a ótica da prevenção e da promoção da saúde.

“O Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenha papel de mediador entre os saberes técnicos e populares, entre equipe de saúde e comunidade. Ao mesmo tempo em que faz parte da equipe de saúde, também faz parte da comunidade; ao mesmo tempo em que seu exercício é para comunidade, é também da comunidade; ao mesmo tempo em que se alimenta de saberes técnico-científicos, também está embebido da cultura local de saúde” (MACIAZEKI-GOMES et al., 2016, p. 1638).

Mas, os Agentes Comunitários de Saúde fazem parte de uma equipe, cujo processo de trabalho não é definido por eles mesmo, mas pela enfermeira, coordenadora da equipe e por estratégias estabelecidas pelos gestores da hierarquia superior das secretarias municipais de saúde. Deste modo, urge que se

estabeleçam ações de Educação Permanente em Saúde, conforme orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), não só para os trabalhadores que atuam diretamente com a população, mas principalmente para os gestores, para que se possa efetivamente implantar um modelo de atenção à saúde que seja capaz de realizar prevenção e promoção da saúde, considerando as reais necessidades da população em seu território.

2

A CONSTRUÇÃO DE TERRITÓRIOS SAUDÁVEIS

Não é fácil conceituar cidade saudável, mas é uma necessidade. Se quisermos construir um melhor lugar para se viver, esse é o ponto de partida. Cidade saudável não existe, é a utopia desejável; mas, há cidades doentes que adoecem as pessoas que nelas vivem ou por elas passam.

Cidade saudável é definida por um processo e não por um resultado. Uma cidade saudável não é aquela que alcançou um determinado estado de saúde, mas aquela que tem um compromisso com a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos e se esforça por alcançar essa condição, a partir de uma clara intenção de fazer e um projeto a realizar. A OMS adotou a definição de cidade saudável de Hancock e Duhl (1986), citada por Westphal (2000).

Uma cidade saudável é aquela que continuamente cria e melhora os seus ambientes físicos e sociais e expande os recursos da comunidade que permitem que as pessoas a apoiar-se mutuamente na realização de todas as funções da vida e desenvolver o seu potencial máximo (WESTPHAL, 2000, p. 43).

Benjamin Richardson, em 1875 já propunha um modelo de cidade saudável, que chamou de Hygeia (RICHARDSON, 2005).

O autor reconhecia que seu modelo era utópico e não esperava que suas ideias e de outros sanitaristas da época como Chadwich fossem aceitas imediatamente, mas tinha a convicção que no futuro os críticos de suas ideias haveriam de reconhecê-las.

Finalmente isso aconteceu. Recentemente, a ideia de cidades saudáveis ressurgiu nos debates produzidos pelas Conferências Internacionais da Saúde patrocinadas pela OMS, como uma das estratégias de promoção da saúde, que visa a melhoria da qualidade de vida, atuando sobre os determinantes sociais da saúde da população, em um dado lugar.

A construção da cidade saudável começa quando o poder público, a sociedade civil e os cidadãos estão comprometidos com a contínua transformação da cidade, em busca da melhoria da qualidade de vida, por melhores condições de saúde, de educação e um ambiente limpo e equilibrado, reforçando a participação social, ação comunitária e solidária e governança intersetorial (OMS 1978; OMS 2010).

Os gestores públicos precisam pensar que a cidade deve oferecer aos cidadãos moradia adequada, segurança pública, água potável, saneamento ambiental, ambiente limpo, trabalho, saúde, educação e mobilidade urbana, diversos serviços, incluindo os serviços de saúde. Construir um lugar adequado para se viver é obrigação dos governantes.

Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva (OMS, 1978, p.1).

“É necessário investir cada vez mais para evitar que as pessoas adoçam. A prevenção não é um custo, mas um investimento com lucro certo” (VERAS, 2012, p.1835). Construir cidades saudáveis não custa mais caro que construir cidades não saudáveis, entretanto é necessário mais que o desejo, é preciso um projeto com abordagem holística, que considere aspectos variados sobre os ambientes físicos, bioquímicos, socioeconômicos e psicossociais da vida moderna (ACHER, 1988).

Mas, a construção da cidade não é só obrigação dos governantes. A cidade é do cidadão, por isso ele deve participar de sua (re)construção para construir a cidadania. Segundo Fleuri (2004), *“a construção da cidadania, neste sentido, passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades”*.

Capacitar o cidadão para influir na construção de uma cidade mais saudável é um conceito de promoção da saúde, que ganha materialidade quando estabelecemos estratégias para que cada um possa cuidar de sua própria saúde, da saúde de sua família e do lugar onde vive, como proposto da Carta de Ottawa (BRASIL, 2002).

Heritage e Dooris (2009) reconhecem que participação e empoderamento da comunidade são os princípios fundamentais que embasam o movimento cidades saudáveis da Rede de Cidades Saudáveis Europeia. Os autores apresentam uma visão geral da teoria e dos principais resultados alcançados pelas cidades da rede.

Para começar a construir cidades saudáveis, precisamos mais que vontade de fazer, precisamos de um conceito e um projeto. Neste capítulo, mesmo que não consigamos traçar o caminho, queremos dar a direção. Prevenção e promoção da

Saúde são as chave para a construção de cidades saudáveis.

Construção de cidades saudáveis é uma das estratégias de promoção da saúde. Foi isso que Lalonde (1974) concluiu quando dizia que a melhoria do nível de saúde dos canadenses dependia de investimentos para melhorar as condições ambientais, mudanças de estilo de vida e reorganização dos serviços de saúde. Lalonde reconheceu que a saúde dos sujeitos não depende só da biologia do corpo, que representa apenas um dos elementos fundamentais do campo da saúde.

O Relatório Lalonde sustenta que para alcançar melhorias na saúde das populações é necessário olhar para além da perspectiva biomédica clássica centrada na gestão da doença, incluindo os seus “grupos de risco”, acentuando a importância dos comportamentos das pessoas e dos efeitos do meio ambiente sobre a sua saúde (SANTOS et al., 2010, p. 3).

A repercussão do Relatório Lalonde (1974) foi grande, não só no Canadá, mas em todo o mundo, permitindo que fossem discutidos e elaborados os primeiros ensaios sobre promoção da saúde e a construção de cidades saudáveis, com o sentido que hoje concebemos.

Esses temas foram, então, debatidos nas conferências internacionais da saúde que se seguiram, a começar por Alma-Ata (1978), apresentando as bases conceituais mais gerais dessa estratégia nos cuidados primários à saúde, contrapondo-se a medicina medicalizante e hospitalocêntrica, abrindo o debate sobre as determinações sociais da saúde, dizendo que a saúde depende menos da biologia do corpo e mais das condições de vida e do lugar onde se vive (OMS, 1978).

Outro aspecto que se pode ressaltar em Alma-Ata como

fundamento para a ideia de construção de cidades e territórios saudáveis é a integralidade da atenção à saúde, tendo em vista que os cuidados primários devem ser definidos a partir dos principais problemas e necessidades de saúde da população.

Efetivamente, os níveis de saúde de uma população são determinados e condicionados, por diversos fatores, dentre eles alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais, que expressam não só a condição individual de cada pessoa, mas a organização social e econômica do lugar onde se vive (BRASIL, 1990).

Buck (1996), considerando os quatro elementos do conceito de campos da saúde apresentados no relatório Lalonde, concluiu que o mais importante seria construir ambientes saudáveis. Se o território não é adequado à saúde, a biologia humana, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde também não serão adequados.

Então, o que são os problemas e as necessidades de saúde de uma população é a primeira pergunta que se deve fazer. Labonte (1996) relata uma oficina com médicos e outros profissionais da saúde para discutir um modelo de planejamento de saúde comunitária, na qual se pediu aos participantes que indicassem três problemas de saúde mais importantes de suas respectivas comunidades. Depois de arrolar os problemas apresentados, eles foram classificados em três categorias: médicos, saúde pública e socioambientais (Quadro 2).

Quadro 2: Principais problemas de saúde apresentados por profissionais de saúde

Médicos	Saúde Pública	Socioambientais
Doenças de transmissão sexual	Consumo de tabaco	Pobreza
Cardiopatias	Abuso de substâncias	Desemprego
Hipertensão	Toxicomanias	Stress
Diabetes	Abuso de álcool	Contaminação
Obesidade	Mal nutrição	Ameaça nuclear
Doenças mentais	Falta de atividade física	Déficit habitacional
Desnutrição aguda	Deficiente manejo do stress	Envelhecimento
Doenças infecciosas	Sexo pouco seguro	Violência familiar
Hepatite B	Gravidez na adolescência	Condições de moradia e trabalho perigosas
Infestações de baratas	Escassa capacidade dos pais	Agressão conjugal
Artrites	Suicídio	Isolamento, solidão
Acidentes		
Aids		

Fonte: Labonte (1996)

Na categoria de problemas médicos estão as doenças. As ações que se podem indicar são tratar os doentes e prevenir que a doença se agrave e que o sujeito morra. Na categoria dos problemas de saúde pública, podem-se estabelecer programas de prevenção, ou seja, as pessoas não estão doentes, mas podem adoecer por causa destes problemas de saúde. Para a categoria de problemas socioambientais, se devem pensar ações de políticas públicas saudáveis e territórios saudáveis que favoreçam a saúde

e o bem-estar, o que certamente exigirá mais que o trabalho dos profissionais de saúde; depende de ações intersetoriais e o envolvimento da própria comunidade para a solução dos problemas. A isso podemos chamar de promoção da saúde.

Na conferência de Ottawa (1986), definiram-se 5 campos de ação para a promoção da saúde: estabelecimento de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde (BRASIL, 2002).

a) Políticas públicas saudáveis

Políticas públicas saudáveis se estabelecem com *Gestão municipal com ações intersetoriais* e *Participação social*. Portanto, deve-se governar a partir de um projeto de cidade que vise a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, a partir de políticas saudáveis, ou seja, considerando a saúde em todas as políticas públicas, conforme sugerido na Carta de Ottawa e reforçado pela Conferência Internacional da Saúde de Adelaide (2010), saúde em todas as políticas, no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar (OMS, 2010).

Deve-se, também, criar mecanismos de participação e espaços de diálogos com as organizações da sociedade civil: igrejas, sindicatos, empresas, conselhos profissionais, clubes de serviços, ONGs e associações para que a sociedade não somente seja ouvida, mas participe do processo de decisão, definindo prioridades, ajudando a planejar e a realizar as ações.

b) Ambientes saudáveis

A criação de ambientes limpos e seguros que protejam a saúde é um dos fundamentos da promoção da saúde. Mas, deve-

se considerar que o ambiente não é somente físico-biológico, mas devem-se reconhecer os aspectos socioeconômicos, culturais e psicológicos dos ambientes da família, do trabalho, da escola, ou seja, do lugar onde se vive. Segurança pública é um aspecto importante dos ambientes saudáveis.

c) Desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas

É preciso desenvolver habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida, que ajude a prevenir doenças e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade e construir territórios saudáveis. A tarefa de cuidar da saúde dos indivíduos torna-se mais fácil quando eles estão capacitados a reconhecer os seus problemas e necessidades de saúde e se empenham por ela.

A relação dos profissionais de saúde com os indivíduos deve ser dialógica e não de mera prescrição, para que estejam capacitados a fazerem boas escolhas para sua saúde. Para que os indivíduos possam participar ativamente do processo de construção de ambientes saudáveis, que não é tarefa só do poder público, deveríamos adotar o seguinte lema: cada um cuidando de sua própria saúde, da saúde de sua família e do lugar onde vive. De outra parte, é preciso capacitar os indivíduos para a vida comunitária.

d) Capacitação da comunidade

Refere-se à capacitação dos indivíduos para compreender os determinantes sociais da saúde para buscar coletivamente soluções para prevenir doenças e melhorar a qualidade de vida da comunidade, com autonomia e solidariedade, o que pode se definir pelo conceito de empowerment.

Os tempos modernos que produziram a ciência fragmentada, baseada no conceito de separação das partes, produziu o isolamento dos indivíduos, cada um buscando o seu próprio interesse. A busca do bem individual passou a prevalecer sobre o bem coletivo. Para promover a saúde é preciso capacitar os indivíduos para a participação social, para buscar o bem comum, para a solidariedade.

e) Reorientação dos serviços de saúde

Por causa da hegemonia do modelo biomédico, as unidades de saúde estão organizadas com processos de trabalho estabelecidos para reconhecer e tratar as doenças mais do que preveni-las e promover a saúde. Reorientar os processos de trabalho nas unidades de saúde para realizar ações de prevenção e promoção, a partir do reconhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população nos territórios da Atenção Básica, essa é a ordem.

Kickbusch (1996) diz que promoção da saúde atua sobre a população como um todo, no contexto da vida cotidiana, e não sobre os indivíduos ou grupos que correm o risco de sofrer determinadas doenças e deve influir sobre os determinantes da saúde.

Promoção da saúde também se faz com mobilização social e articulação intersetorial. A saúde dos indivíduos deve ser responsabilidade, primeiramente de cada um, e a saúde de cada um responsabilidade de todos. Por isso, os serviços de saúde devem incluir cada um e todos no esforço pela melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

Ao mesmo tempo, quando se reconhecem os determinantes sociais da saúde, que devem ser suprimidos ou atenuados, percebe-se que o setor saúde não pode fazer tudo para a melhor

qualidade de vida da população. Somente a partir de um esforço conjunto e coordenado dos diversos setores da governança municipal, como educação, cultura, desenvolvimento social, saneamento básico, esporte e lazer, planejamento urbano, saneamento ambiental é possível promover a saúde. Cabe ao setor Saúde coordenar as ações intersetoriais e de mobilização social para promover saúde.

Depois de Ottawa, a primeira conferência mundial sobre promoção da saúde patrocinada pela OMS, os princípios dessa estratégia foram sendo desenvolvidos nas conferências internacionais de promoção da saúde que se seguiram: Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009) e Helsínque (2013).

Outras conferências internacionais da saúde devem ser mencionadas, pela importância que tiveram na definição dos princípios e diretrizes de promoção da saúde e a construção de cidades saudáveis. É o caso do Encontro Internacional sobre a Saúde em Todas as Políticas, realizado em Adelaide (2010) que enfatizava a importância da determinação social da saúde e a necessidade de uma governança intersetorial. “Isso se dá porque as bases da saúde e do bem-estar se encontram fora do setor saúde, sendo formadas social e economicamente” (OMS, 2010, p.1).

Também, a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais realizada no Rio de Janeiro (2011) reconheceu que as iniquidades em saúde eram injustas e em grande parte evitáveis.

As iniquidades em saúde são causadas pelas condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, as quais recebem a denominação de determinantes sociais da saúde. Esses determinantes incluem as experiências do indivíduo

em seus primeiros anos de vida, educação, situação econômica, emprego e trabalho decente, habitação e meio ambiente, além de sistemas eficientes para a prevenção e o tratamento de doenças (OMS, 2011).

Ackerman et al. (2002) estabeleceram alguns princípios para avaliar as iniciativas de promoção da saúde, com critérios que não estejam centrados em aspectos biológicos e na prevenção de doenças através da redução de riscos individuais:

- **Participação:** *deve envolver, de uma maneira apropriada, em cada estágio da avaliação, todos aqueles que têm interesse legítimo na iniciativa que está sendo avaliada.*
- **Múltiplos métodos:** *deve ser delineado utilizando-se elementos de vários campos disciplinares, lançando mão de vários procedimentos para coletar dados, assegurando que seja utilizado um mix de informações relacionadas ao processo e resultado.*
- **Capacitação** (capacity building): *deve aprimorar a capacidade de indivíduos, organizações e governos de equacionar relevantes problemas de promoção da saúde.*
- **Adequabilidade** (appropriateness): *deve ser planejada levando-se em conta a natureza complexa da intervenção e o seu impacto de longo prazo.*

Podemos olhar a realidade de diferentes modos e por diferentes ângulos. Se nos aproximamos, podemos ver coisas que não víamos antes e deixamos de ver coisas que para ver temos que abrir o foco do nosso olhar. Nossos olhos conseguem mudar o foco para ver perto e longe, mas algumas vezes precisamos de instrumentos com lentes de aumento e capacidade para variar o foco, tanto para ver coisas muito grande que estão distantes,

quanto para ver coisas muito pequenas e microscópicas. Se olharmos perto, a realidade nos apresenta com elementos que não podemos ver quando olhamos ao longe, e vice-versa. Nossas teorias são lentes, pelas quais vemos o mundo, mas ainda assim precisamos de métodos de investigação que nos permitam análises multiescalares (LACOSTE, 1988).

Ao olhar a cidade, podemos vê-la como um todo, sem deixar de enxergar as conexões que se estabelecem com outras cidades, com a região, com o país e com o mundo cada vez mais globalizado. Mas, também é preciso voltar os olhos para o pequeno território da vizinhança e do bairro, com um olhar mais aproximado e com foco na vida cotidiana das pessoas.

2.1 Na escala das infraestruturas urbanas

Inicialmente, vamos olhar para algumas características da cidade que devem ser consideradas para análise da qualidade de vida, a partir do conceito de promoção da saúde, para a construção de uma cidade saudável: tamanho, crescimento, adensamento, exclusão social, serviços, saneamento ambiental, mobilidade, espaços públicos, arborização urbana e parques.

O tamanho e o crescimento da cidade podem impactar negativamente na qualidade de vida e saúde das pessoas. Isto se torna mais importante porque a partir de 2007 mais da metade da população mundial passou a viver em cidades. Segundo a ONU, 54% da população é urbana e, aproximadamente, metade destes cidadãos urbanos vivem em cidades com menos de 500 mil habitantes e cerca de 25% vivem em cidades com mais de 10 milhões de habitantes. Estima-se que em 2050 cerca de 70%

de uma população de 9 bilhões de pessoas estará vivendo nas cidades. O Brasil é um dos países mais urbanos do mundo. Em 2010, a taxa de urbanização da população brasileira era de 84,4% (ONU BR, 2015).

A maioria das cidades grandes, principalmente nos países não desenvolvidos têm problemas com congestionamento de trânsito, tempo excessivo para os deslocamentos, poluição, degradação ambiental e periferização com condições inadequadas de vida para a população.

As cidades do mundo antigo chegaram a ser grande metrôpoles, com mais de um milhão de habitantes, mas na idade média as cidades encolheram (GIBBON, 2005). Depois disso, a primeira onda de urbanização ocorreu na América do Norte e na Europa ao longo de dois séculos, de 1750 a 1950, quando a população chegou a crescer 2,5% ao ano. Também, surgiram novas cidades, a partir do fortalecimento da burguesia comercial. Da aliança entre o rei e a burguesia se deu a constituição de estados nacionais absolutistas, com uma nova ordem social, na qual a cidade era o lugar do comércio e de refúgio para os artesãos e camponeses que fugiam da escravidão (MARTINE, 2007).

... as cidades, já na primeira fase do capitalismo - período mercantil - tornaram-se centros da vida social e política da Europa, pois a produção agrícola e a propriedade fundiária deixaram de ser os pontos de apoio da economia, assim como a aristocracia perdeu para a burguesia seu papel preponderante na gestão do processo social. A força das cidades, como espaço de sustentação da nova ordem econômica, social e política pode ser observada pela riqueza monetária, científica e artística que se acumulou nas cidades modernas nesse período também denominado Renascimento (ESPÓSITO, 2000, p. 40-41).

A população mundial até o ano de 1850 crescia de forma mais lenta e cerca de 2,5% da população vivia em cidades. Com o advento da revolução industrial na Europa, provocando o êxodo rural necessário à constituição de uma mão de obra excedente como “exército industrial de reserva”, as cidades passaram a crescer mais e muito rapidamente, quando algumas delas passaram a ter mais de um milhão de habitantes (POINTING, 1995).

Paulo (2010) diz que com esse crescimento populacional acelerado necessário ao desenvolvimento industrial, a urbanização foi realizada às pressas, desrespeitando as leis, o meio ambiente e criando um lugar insalubre para se viver.

Até o início do século XX, dois terços da população urbana mundial estava na Europa, América do Norte, Ásia e Austrália, mas atualmente só um terço. Durante o Século XX os países pobres e subdesenvolvidos do hemisfério sul tomaram a dianteira do crescimento da urbanização, com a população urbana crescendo a 3.0% ao ano até 1940 e depois 4,0%, e em alguns países até 5% ao ano (PONTING, 1995).

As cidades continuam crescendo, principalmente nos países menos desenvolvidos da África, Ásia e América do Sul, num ritmo em que a construção das infraestruturas e da oferta de serviços não é capaz de acompanhar. Mas, é ingênuo achar que só porque as cidades crescem muito rapidamente, seria natural que ocorresse exclusão social e segregação socioespacial das populações mais pobres nas periferias sem infraestrutura urbana, sem acesso a serviços essenciais, em lugares que não são capazes de oferecer melhor qualidade de vida e de saúde.

Rolnik (2002) diz que a precariedade da periferia pobre tem

a ver com o modo de funcionamento da cidade como um todo; e há um mecanismo de exclusão social na gestão das cidades baseado em três elementos: a estratégia da distribuição dos investimentos, a regulação urbanística e a gestão urbana. Isto produz uma segregação socioespacial, como se tivéssemos duas cidades em uma: a cidade dos ricos e a cidade dos pobres. Na cidade dos ricos, os pobres só podem ir para trabalhar, porque para morar lá é preciso ter dinheiro.

Em Maputo, capital de Moçambique diz-se que há a cidade de concreto e a cidade de caniço. No Rio de Janeiro temos o morro e o asfalto, num contraste muito forte entre a cidade bem urbanizada e a cidade da pobreza e vulnerabilidade social, onde a infraestrutura é incompleta.

Essa estrutura apresenta-se no território sob várias morfologias: nas imensas diferenças entre as áreas centrais e as periféricas das regiões metropolitanas de São Paulo ou Belo Horizonte; na ocupação precária do mangue em contraposição à alta qualidade dos bairros da orla, em muitas cidades de beira mar; na eterna linha divisória entre o morro e no asfalto no Rio (ROLNIK, 2002, p. 55).

Cidades saudáveis devem ser mais justas, menos iníquas, por isso é preciso que se tenham políticas públicas de acesso a cidade, para todos; que haja prioridade para o acesso legal e formal à terra e à habitação; que a gestão urbana priorize investimentos orçamentários para regularização fundiária e urbanização nas áreas desprovidas de infraestruturas e serviços.

Por outro lado, a sociedade civil organizada, os movimentos sociais, a participação popular e o controle social da gestão pública, das políticas e do orçamento podem ajudar a alinhar a

governança para a construção de uma cidade para todos. Não é possível construir cidades saudáveis sem atacar o problema da exclusão social, mas para isso deve-se ter intenção e projeto.

No Brasil, o Estatuto da Cidade, em seu Art. 2º, diz que a política urbana tem por objetivo ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e da propriedade urbana, definindo diretrizes gerais, dentre elas, o que está previsto no inciso 4:

planejamento do desenvolvimento das cidades, da distribuição espacial da população e das atividades econômicas do Município e do território sob sua área de influência, de modo a evitar e corrigir as distorções do crescimento urbano e seus efeitos negativos sobre o meio ambiente (BRASIL, 2008).

O Estatuto da Cidade prevê que os Municípios devem realizar um planejamento urbano que permita o controle do uso do solo, de forma a evitar, dentre outros problemas, a edificação ou usos excessivos e inadequados em relação à infraestrutura; a instalação de empreendimentos ou atividades que possam funcionar como polos geradores de tráfego, sem a previsão da infraestrutura correspondente; a retenção especulativa de imóvel urbano, que resulte na sua subutilização ou não utilização; a deterioração das áreas, a poluição e a degradação ambiental (BRASIL, 2008).

De modo geral, as cidades brasileiras crescem guiadas por uma lógica conduzida pela especulação imobiliária. Por isso, ao lado de áreas intensamente adensadas, há desconcentração urbana, com vazios demográficos e áreas a espera de valorização, tomando a terra urbana como reserva de valor, deixando de lado sua função social. São construídos loteamentos e conjuntos residenciais populares, distantes do centro da cidade, mantendo

vazios urbanos entre a área central e a periferia.

Essa desconcentração urbana sobrecarrega e encarece os sistemas de transporte, dificultando a mobilidade urbana e o acesso aos serviços públicos e privados essenciais.

Por outro lado, a racionalidade do adensamento das áreas urbanas prevê um limite, além do qual aparecem problemas que também dificultam a mobilidade urbana, com congestionamento de trânsito, falta de vagas de estacionamento, além da poluição pelo excesso de automóveis nas vias públicas.

Decididamente, esse assunto deve ser objeto do planejamento urbano, que deveria decidir o modelo de crescimento urbano das cidades, adensando ou desconcentrando as atividades e a população, para criar cidades saudáveis e sustentáveis.

Para cidades de mais de 20 mil habitantes, o Estatuto da Cidade determina que o Plano Diretor, que deve ser aprovado pela Câmara Municipal, é o instrumento básico da política de desenvolvimento e de expansão urbana.

O planejamento urbano que prioriza o adensamento deve ser pensado juntamente com o plano de mobilidade urbana, porque se o transporte de pessoas é, preferencialmente motorizado, em carros individuais, os congestionamentos podem parar a cidade. Por outro lado é preciso concentrar não somente as pessoas, mas também suas atividades cotidianas, para reduzir as distâncias dos deslocamentos.

Nas grandes cidades, o deslocamento diário dos sujeitos para o trabalho, para a busca de serviços ou mesmo para o lazer pode significar dezenas de quilômetros, horas e grande desgaste físico. Nestes casos há uma total separação entre o lugar de morar e de trabalhar. Não só a saúde das pessoas fica prejudicada, pelo

stress, mas também a economia do país e das empresas com a redução da produtividade, pelos atrasos e por que o trabalhador já chega cansado ao trabalho.

A solução para esse problema seria planejar a criação de subcentros comerciais e de serviços, com oferta de emprego e oportunidades de geração de renda, para que se possa trabalhar, fazer compras, buscar serviços bancários e serviços públicos mais próximos do local de residência, para minimizar a necessidade de deslocamentos constantes. Já há no Brasil experiências de criação de bairros com este conceito.

Em Uberlândia, há um empreendimento imobiliário chamado Granja Marileusa, inserido numa lógica de mercado para a classe média alta, que traz como conceito urbanístico, a integração dos espaços de morar, consumir, trabalhar e de lazer, com ciclovias, espaços públicos de convivência, praças e parques. Ao mesmo tempo, este novo bairro está plenamente integrado ao centro da cidade e aos outros bairros por vias de acesso e de fluxos rápidos.

Segundo Micheloto (2014), a concepção urbanística do bairro Granja Marileusa, sob os princípios da sustentabilidade, está baseada em cinco pilares: urbanidade, convivência, meio ambiente, mobilidade e segurança. Este é o conceito de cidades inteligentes.

Leite (2015) diz que no século XXI, em todo o mundo buscam-se soluções para se estabelecer nas cidades territórios inteligentes, com núcleos urbanos mais compactos, densos e multifuncionais bem conectados, para que os deslocamentos cotidianos sejam menores. Portanto, a criação de novos bairros e a reconfiguração dos atuais bairros e territórios deve basear-se nos conceitos de multicentralidades multifuncionais.

As soluções inteligentes para as cidades partem de uma análise e proposições integradas para apresentar um planejamento em relação às questões de mobilidade urbana, energia, tecnologia e inovação; sociedade inteligente e participativa, resiliência e segurança; ambiente sustentável; governança e economia. As soluções devem enfatizar aspectos que resultem em melhorias das condições de habitação, saúde e educação, no campo das ações sociais, bem como na oferta de infraestrutura e de serviços prestados pelos governos locais (FINGUERUT; FERNANDES 2015, p. 57).

No Brasil, as cidades com mais de 500 mil habitantes devem elaborar um plano de transporte urbano integrado, compatível com o plano diretor ou nele inserido (BRASIL, 2008).

Não haverá racionalidade para a mobilidade urbana se os sistemas de transportes não forem pensando na intersetorialidade, com a articulação das políticas públicas de ordenamento do uso do solo, de habitação, de desenvolvimento social e econômico.

O carro ainda é um símbolo de status e ascensão social. Alia-se a isso a precariedade dos transportes públicos e as políticas de incentivo à indústria automobilística, porque estão no centro de uma cadeia produtiva que sustenta a economia do país e gera empregos. O resultado é uma frota de carros desmedida transitando diariamente, produzindo congestionamentos nas avenidas e ruas da cidade. Com essa prioridade dos transportes individuais sobre o transporte coletivo, as cidades, literalmente, estão parando.

A média de congestionamentos no centro expandido em São Paulo em 2016 foi de 58 km, índice 12% menor que os 66 km medidos nas vias centrais em 2015. Em 2017, a tendência continua, de diminuir a velocidade dos deslocamentos por carro (ESTADÃO, 2017).

É necessário e urgente quebrar o paradigma da cultura de valorização do automóvel e, ao mesmo tempo implementar ações que estimulem uma mobilidade urbana baseada em modos coletivos e não motorizados (KNEIB, 2012).

Para isso, torna-se fundamental investir em sistemas de transporte coletivo que ofereça conforto, maior rapidez e segurança no trânsito, para que o cidadão prefira deixar o seu carro na garagem. Nas áreas com grande concentração de comércio e serviços, que podem concentrar um grande número de viagens (geradas e atraídas) deve-se pensar em melhorar e ampliar o transporte de massa, BRT, VLT, metrô, com integração dos modais de transito. A faixa exclusiva de ônibus nas vias urbanas é uma medida simples e barata, que não demanda grandes investimentos e melhora de imediato a fluidez do trânsito.

A bicicleta é um meio de transporte alternativo para cidades saudáveis e sustentáveis que pode promover inclusão social, redução da poluição do ar e melhoria da saúde da população. Para que a bicicleta seja mais usada na cidade como meio transporte para deslocamentos cotidianos, é preciso pacificar o conflito entre motoristas e ciclistas, com educação para o trânsito e estabelecer ciclofaixas e ciclovias.

A caminhabilidade (walkability) é outra possibilidade de transporte alternativo para cidades saudáveis porque, além de ser econômico diminui os impactos ambientais pela redução da poluição sonora e das emissões de CO₂ na atmosfera, quando reduz a quantidades de veículos motorizados trafegando nas vias públicas, considerando, ainda, que caminhar a pé, reduz a inatividade física e o sedentarismo que produzem riscos a saúde e podem estimular maior vínculo entre os sujeitos e o seu território, com apreciação das qualidades urbanísticas do lugar

(BROWNSON et al., 2009; GEHL 2013; MOTOMURA et al., 2015).

Deslocamentos a pé também devem ser incentivados, mas para que isso seja possível, o conceito de caminhabilidade deve orientar essa estratégia, para a qual é preciso que haja condições de acesso físico, com segurança ao caminhar, travessias seguras, bem como volume e velocidade de circulação de automóveis compatíveis; condições de acessibilidade, com calçadas adequadas, com largura suficiente, ausência de obstruções ou desnivelamentos; atratividade e conforto, com espaços públicos iluminados, baixo nível de ruídos, mobiliários urbanos, vegetação e sombras (FOLLY, 2015).

E ainda, uma das formas de construir cidades saudáveis é realizar um planejamento urbano que qualifique os espaços públicos, construindo ou preservando paisagens culturais e naturais que convidem a contemplação. Patrimônio cultural são obras arquitetônicas, esculturas, pinturas, inscrições em grutas ou grupos de elementos com valor universal, sejam histórico, artístico ou científico. Patrimônio natural são monumentos naturais, formações geológicas e fisiográficas, sítios que representam habitat de espécies ameaçadas, animais e vegetais com valor científico universal ou de fundamental interesse de conservação (ZANIRATO; RIBEIRO, 1972).

É possível incentivar deslocamentos não motorizados, construindo paisagens que preservem o patrimônio cultural e o natural, que podem ser contemplados em trajetos de caminhadas, por percursos que levem pessoas de um ponto a outro da cidade, em atividades cotidianas de trabalho ou lazer, ou mesmo constituindo-se roteiros turísticos urbanos. Passeios à pé, ou “walking tours” podem ser incentivados como modalidade de turismo nas cidades, com roteiros que envolvam a contemplação

de paisagens culturais ou naturais. Em muitas cidades do Europa e EUA, e mesmo no Brasil já há agências de turismo vendendo roteiros de “walking tours”, acompanhados por guias.

Para tanto, há que se planejar calçadas arborizadas e com acessibilidade, sinalizar o trânsito de automóveis para torná-lo mais amigável ao pedestre, fazer marcações indicativas do traçado a ser caminhado, estabelecer percursos com atrações culturais e/ou naturais. Também, é preciso elaborar mapas e guia de percursos com a indicação dos atrativos turísticos. Para citar somente algumas cidades com roteiros turísticos e planejados de “walking tours”, Nova York, Boston, Buenos Aires, Rio de Janeiro, São Paulo, Paris, Barcelona, Lisboa, sem esquecer das cidades históricas do Brasil como Ouro Preto, São João Del Rei, Congonhas do Campo, Tiradentes.

A partir desta concepção de cidade para caminhar se pode pensar nos parques urbanos ou jardins, que se inscrevem nos conceitos de qualidade ambiental e qualidade de vida. Parques urbanos são espaços públicos com predominância de elementos naturais. São jardins construídos com a finalidade de lazer e recreação, ou mesmo para proteger paisagens naturais. Representam um oásis verde em meio ao concreto das cidades, com valor inestimável para a qualidade de vida dos seus moradores ou visitantes.

No Rio de Janeiro está o Jardim Botânico, o Parque da Gávea (Parque da Cidade), a Quinta da Boa Vista, o Campo de Santana, Parque Nacional da Tijuca. Quem nunca ouviu falar do Parque do Ibirapuera em São Paulo ou no Central Park em Nova York? Em Uberlândia, há diversos parques urbanos, com destaque para o Parque do Sabiá, onde todos os dias centenas de pessoas se encontram para o lazer e fazer caminhadas, em

percursos de até 5.000 metros, com muito verde, ar puro e pistas sinalizadas.

No início do século XIX, Ebenezer Howard, sob o mesmo signo de Benjamin Richardson que havia proposto um modelo de cidade saudável, a Hygeia, pensando nestes problemas de insalubridade das cidades industriais da Inglaterra, estabeleceu o conceito de cidade jardim, propondo uma maior integração de elementos da natureza na cidade, para amenizar as condições sociais degradantes e a insalubridade das cidades industriais (HOWARD, 1996). Inicialmente, este modelo de cidade saudável foi experimentado na Inglaterra na construção das cidades de Letchworth e Welwyn (HENRIQUE, 2009).

O papel das áreas verdes e espaços públicos livres extrapolam a simples ideia de atenuar o cinza do concreto, do asfalto e da poluição. O planejamento urbano pode pensar em cidade-jardim, ou mesmo bairro-jardim; pode construir parques urbanos, pode humanizar o trânsito e melhorar a mobilidade urbana, com transportes públicos eficientes; facilitar os transportes não motorizados e o deslocamento ativo. Mas, tudo isso só será possível com a concepção de cidade saudável, aquela que evita a doença e promove a saúde.

2.2 Na escala da saúde comunitária, do cotidiano

A maioria dos problemas de saúde da população está diretamente vinculada ao cotidiano dos indivíduos e da coletividade, no lugar onde se vive. Antes que a doença possa ser identificada no corpo dos indivíduos pode ser vista, fora do corpo, como atributo dos lugares. Deste modo, pode ser entendida a partir das interações ecológicas e sociais estabelecidas entre o

corpo biológico que adocece e o ambiente, que não é apenas físico-biológico, mas também social, cultural e psicológico (LIMA, 2016).

O cotidiano cria o modo de vida a partir da relação população - tempo - lugar, ou seja, como a população usa o tempo no lugar onde vive. Este modo de vida está repleto de conteúdos históricos, sociais e psíquicos, é marcado por impasses e contradições.

O cotidiano representa um modo de vida em uma realidade social localmente construída por processos espaço-temporais, multiescalares, com desigualdades, diferenças, ritmos e identidades distintas em cada lugar, o cotidiano representa uma síntese complexa do modo de vida (SEABRA, 2004).

Podemos falar de um modo de vida urbano, que pode diferenciar-se de cidade para cidade e, dentro da própria cidade, porque as populações e os lugares são diversos, cotidianos diversos vão construir modos de vida diferentes. Para entender o modo de vida que se estabelece no cotidiano dos indivíduos deve-se considerar o lugar e as populações, com suas necessidades, desejos e experiências (SAQUET, 2007; LIMA, 2011).

A partir de um conceito ampliado de saúde, relacionado aos determinantes sociais da saúde e à qualidade de vida, entendemos que a maioria dos problemas de saúde da população estaria diretamente vinculada ao cotidiano dos indivíduos e da coletividade, no lugar onde se vive. Quando dizemos que o modo de vida implica nas condições de vida e no estilo de vida que são determinantes para o adoecer e o morrer, estamos nos referindo aos determinantes sociais da saúde (LIMA, 2016).

Na concepção biomédica de saúde, concepção hegemônica,

hospitalocêntrica, clínica, centrada na relação médico-paciente, se olha predominantemente para dentro do corpo, ignorando a dimensão social da vida. Numa abordagem social da saúde se estabelece um interesse muito especial sobre a população e não apenas sobre o indivíduo. O foco é posto na saúde e não na doença. Não se busca as causas das doenças, mas o contexto que determina o processo saúde-doença. Tratar e prevenir as doenças são coisas importantes, mas é preciso também, promover a saúde.

Estamos falando de territorialidades marcadas pelo cotidiano.

A vida cotidiana como conceito refere-se aos conteúdos da vida na modernidade, os quais seguem sendo transformados pelas tecnologias do cotidiano e por elas modulados, caracterizando uma maneira de viver ou um modo de vida regido pela lógica da mercadoria (SEABRA, 2004, p. 190).

É no cotidiano banal dos sujeitos que se pode conhecer seus problemas e necessidades de saúde, que não são exclusivamente individuais, mas também coletivos, e ainda, relacionados ao lugar onde se vive.

Se a doença é uma manifestação do indivíduo, a situação de saúde é uma manifestação do lugar. Os lugares, dentro de uma cidade ou região são resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (BARCELOS, et al., 2002).

Deste modo é preciso conhecer o território e os contextos da vida cotidiana dos sujeitos que demarcam a situação de saúde da população. No cotidiano que representa o modo de vida dos sujeitos, é preciso indagar sobre

o perfil epidemiológico, que se refere ao modo de adoecer e morrer; o perfil social, condições demográficas, educacionais e materiais necessárias à manutenção da vida dos indivíduos e da população; o perfil do lugar, referido pelas condições da moradia e vizinhança, mobilidade e acessibilidade, que não resultam diretamente de atributos dos indivíduos; a agregação social que se refere aos vínculos familiares e territoriais dos indivíduos, que podem constituir-se como capital social, assim como aspectos do estilo de vida, que são definidos por uma condição cultural e não pela vontade dos indivíduos; e as políticas públicas, não só da área da saúde, que devem ser intersetoriais para fazer frente aos determinantes sociais da saúde (LIMA, 2013).

Portanto, não só a epidemiologia do adoecer e morrer, mas o contexto do lugar onde se vive, com todos os determinantes e condicionantes do contexto da vida cotidiana devem ser reconhecidos para o estabelecimento de ações e práticas de saúde que construam um território saudável.

Santos (2006), em seu livro “A natureza do Espaço” fala sobre o papel da vizinhança na produção da consciência, citando Duvignaud (1977), referindo-se que a densidade social dos lugares produz mudanças surpreendentes, pela afetividade e pela paixão das relações.

Por densidade dos lugares, podem-se entender os contextos da vida, das relações interpessoais e interinstitucionais, que são envolvidas pela história e pela cultura e determinam um modo de vida próprio neste lugar. Este contexto podemos chamar de território. Para melhorar a qualidade de vida das populações é preciso mudar os contextos, reconfigurando o território.

O território representa o contexto que resulta da acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, políticas, sendo um

recorte espacial, social e historicamente construído em relações conflituosas e não mero receptáculo ou palco das ações humanas (LIMA, 2013).

O território é a expressão do contexto de vida dos sujeitos e grupos sociais, o espaço organizado das relações sociais. Sendo assim, para a realização de ações e práticas de saúde, é preciso considerar o território na escala da vida cotidiana, a partir de três abordagens: o indivíduo - a saúde e a qualidade de vida dependem de quem se é; o lugar - onde se vive é importante para sua saúde, mas do que quem você é; e as redes sociais - as interações familiares e sociais estabelecidas pelos indivíduos são importantes para a saúde e podem favorecer o estabelecimento de estratégias de promoção da saúde (PICKETT; PEARL, 2001; NOGUEIRA 2008; PROIETTI et al., 2008, LIMA 2013).

Saindo da concepção biomédica de saúde que só consegue ver o corpo biológico e a doença, quase sempre desconsiderando o contexto de vida do sujeito, amplia-se o conceito de saúde para relacioná-lo aos determinantes sociais da saúde e à qualidade de vida. Entendemos que a maioria dos problemas de saúde da população está diretamente vinculada à vida cotidiana, resultado de condições de renda, habitação, alimentação, segurança, educação, cultura, lazer, acesso aos serviços de saúde.

Neste momento, é preciso definir riscos e vulnerabilidade. O risco é uma probabilidade de que ocorra um evento, que pode ser favorável ou desfavorável. Em se tratando do processo saúde-doença, o risco refere-se a probabilidade que indivíduos ou populações têm de adoecer ou morrer mediante a uma situação de exposição a agentes patogênicos (físicos, químicos e biológicos) ou mesmo a qualquer situação de perigo à vida.

Segundo Kaztman (2000) e Teixeira (2006), vulnerabilidade

é a condição do indivíduo ou do grupo social para enfrentar o risco, ou seja, a incapacidade do sujeito para controlar as forças que afetam seu bem-estar, que é representada por carências econômicas, sociais, psicológicas, cognitivas ou físicas que podem produzir desfechos clínicos adversos como adoecimento e morte.

Mas, a vulnerabilidade é resultante não somente da condição dos indivíduos e dos grupos sociais. Há também vulnerabilidades do território que amplificam a vulnerabilidade dos indivíduos e da população (CAMPOS e MISHIMA, 2005). Marandola Jr e Hogan (2009) assinalam a distinção entre as condições dos indivíduos e do território, que se influenciam mutuamente para determinar a vulnerabilidade, identificando vulnerabilidade ambiental ou do lugar e vulnerabilidade social. Portanto, vulnerabilidade é o contexto de vida no lugar onde se vive.

As condições sociais e culturais do lugar onde se vive normalmente estão associadas às condições socioeconômicas dos indivíduos que ali vivem. O “efeito de vizinhança”, ou seja, como o lugar pode afetar a saúde e o bem estar, é a influência do lugar sobre os contextos da vida cotidiana. Rede de serviços, comércio, educação, saúde e assistência social; áreas de recreação e lazer, vias públicas e saneamento ambiental, níveis de poluição, agregação social e de redes sociais de solidariedade, possibilidades de emprego e renda, violência e criminalidade são aspectos importantes do lugar a serem considerados para a saúde e o bem-estar dos indivíduos (LIMA, 2013).

Seguindo este raciocínio, entendemos que a vulnerabilidade é uma situação que não se refere somente à baixa renda das famílias, mas a outras condições como idade, gênero, educação

e saúde e que a vulnerabilidade dos lugares, com riscos à vida, podem apresentar precariedades que amplificam a vulnerabilidade dos indivíduos e das populações. Assim, podemos falar de populações vulneráveis e lugares vulneráveis, que quase sempre estão, coincidentemente, associados, sob uma condição de iniquidade social, constituindo territórios de vulnerabilidades (CUTTER et al., 2003).

É evidente que o desenvolvimento social e o bem estar dos sujeitos podem ser afetados não somente por sua própria condição de vida, mas também é fortemente determinada pelas condições materiais e sociais do lugar, como por exemplo, a presença ou não de infraestrutura urbana adequada, saneamento ambiental, serviços públicos e comércio próximos. Se o lugar em que se vive apresenta vulnerabilidades que impedem ou dificultam os sujeitos de realizarem suas atividades cotidianas, conjugam-se aí fatores que estabelecem um contexto que precisa ser mudado.

Se no meio rural, a vida é menos acelerada, menos estressante, quase sempre o trabalho é mais árduo. Se no meio urbano, o acesso aos bens e serviços pode ser maior, há mais poluição e degradação ambiental, principalmente nas periferias mais pobres da cidade, e maiores são os deslocamentos diários para o trabalho.

Podemos dizer que há um modo de vida rural que permanece nas pequenas cidades e um modo de vida urbano próprio das grandes cidades e que isso tem implicações sobre a saúde.

BARRETO (1987) apresenta uma discussão sobre o estilo de vida urbano, baseando-se na sociologia urbana de autores

como Simmel, Park, Redfield, Wirth, Schütz, Berger e Luckmann, dizendo que na cidade grande há uma

... substituição dos vínculos de solidariedade pela concorrência e mecanismos formais de controle; as relações de conhecimento pessoal tomam-se segmentárias, incompletas, menos intensivas; a cidade se caracteriza mais por contatos secundários do que primários, que têm como consequência: superficialismo, anonimato, caráter transitório das relações urbano-sociais, etc. (BARRETO, 1987, p. 170).

O contexto de fatores individuais e territoriais pode definir a possibilidade da realização de deslocamentos ativos, representados pela autonomia dos indivíduos, pela caminhabilidade do lugar e pelas oportunidades e necessidade de sair para realizar atividades cotidianas.

Para se promover a saúde dos idosos, com a realização de deslocamentos cotidianos ativos, deve-se pensar na reconfiguração do território. Para que haja deslocamentos cotidianos ativos que possibilitem um envelhecimento saudável, precisamos considerar três aspectos: a condição física do indivíduo, a condição física do lugar e seus vínculos territoriais.

Para ser suficientemente ativo nos deslocamentos cotidianos, a condição física do indivíduo é fundamental, que pode lhe permitir autonomia para caminhar ou andar de bicicleta. A maioria dos idosos sofre de doenças crônicas, dentre elas o diabetes mellitus que pode provocar a perda de sensibilidade nos membros inferiores do corpo e redução significativa na eficiência psicomotora, com diminuição do equilíbrio postural, levando a uma marcha mais lenta e instável do caminhar (ALVARENGA, 2010).

Está claro que nem todos os idosos estão em condições iguais de mobilidade. Dentre outras limitações fisiológicas que afetam a mobilidade dos idosos estão a perda da visão, perda da audição, problemas nas articulações reduzindo a flexibilidade e o equilíbrio, declínio da velocidade de julgamento, por exemplo, julgar a que distância está um automóvel e sua velocidade (SANT'ANNA, 2006).

O segundo aspecto é a condição física do lugar que permite ou não a caminhabilidade. As condições ambientais do lugar influenciam muito a possibilidade da realização de deslocamentos ativos. A possibilidade de caminhar para realizar atividades cotidianas está relacionada à qualidade do caminho e a boa acessibilidade ao pedestre: segurança pública, calçadas adequadas, arborização, trânsito amigável, faixas de pedestre. Ainda, devemos considerar as condições climáticas e a topografia do lugar, que podem dificultar os deslocamentos ativos, principalmente para os descapacitados e idosos, pessoas que normalmente têm dificuldades de locomoção.

Não basta melhorar as condições físicas das calçadas para que a população realize deslocamentos cotidianos ativos. É preciso que as ruas estejam arborizadas, com proteção contra o sol causticante, que haja comércio e serviços disponíveis a distância caminháveis. Deste modo, um lugar saudável possui os atributos diversos já considerados e, ainda uma oferta de serviços e comércio na vizinhança que permitam e estimulem deslocamentos ativos.

A mobilidade urbana tem grande importância no contexto da vida cotidiana e pode ser realizada, normalmente por três meios: deslocamentos ativos (a pé ou de bicicleta), transporte público ou automóvel particular. Ampliar a mobilidade urbana

por deslocamentos ativos pode significar uma melhoria das condições de saúde. É preciso perguntar: como construir territórios saudáveis, e estabelecer estratégias de promoção da saúde para uma vida mais ativa e saudável?

De todas as maneiras de se promover à saúde dos sujeitos a que mais tem sido discutida é a mudança de estilo de vida para a adoção de comportamentos saudáveis. Sabe-se que determinados comportamentos podem produzir riscos imediatos à saúde e outros riscos a longo prazo.

Mas, essas recomendações aos indivíduos para que mudem seu estilo de vida têm sido inócuas. O médico ou o profissional de saúde que prescreve o tal comportamento saudável, dizendo o que ele deve e não deve comer, o que ele deve e não deve fazer, cedo descobre que o indivíduo não é capaz de atender a prescrição. A estratégia falha e a culpa recai sobre o sujeito, e o serviço de saúde, bem como os profissionais de saúde se eximem da responsabilidade de pensar estratégias mais eficazes (LIMA, 2016).

Mas, por que a prevenção para mudança de estilo de vida e adoção de comportamentos saudáveis falha? Porque o estilo de vida representa um modo de vida que é o resultado das condições de vida e o comportamento é estabelecido nas relações sociais. É cultural porque é fruto de hábitos e costumes formados ao longo da vida no convívio com a família, com os amigos, com irmãos da religião e outros grupos sociais com os quais o sujeito se relaciona. A história de vida produz hábitos, modos de pensar e fazer que são difíceis de serem mudados. É social, porque os atuais contextos de vida e as normas sociais que se impõem sobre o indivíduo continuam determinando o seu comportamento. Estas normas sociais, que não estão escritas são estabelecidas

pelos grupos sociais, aos quais o sujeito faz parte; ou seja, família, amigos, colegas de trabalho, grupo religioso. Participar do grupo significa comungar valores, atitudes e comportamentos. Não aderir aos valores e aos comportamentos ditados pelas normas sociais significa para o sujeito perder o reconhecimento do grupo e o reconhecimento de si mesmo, perdendo a própria identidade.

Os comportamentos não são decididos pelos indivíduos, mas determinados pelos contextos da vida. É verdade que a informação e o conhecimento pode influenciar no comportamento dos indivíduos, mas é ingênuo pensar que o indivíduo, após ganhar informação, muda o seu comportamento, automaticamente. Este é o principal erro cometido nos programas de educação em saúde, que mesmo diante do insucesso, insistem com a mesma estratégia, transmissão de informação e mais nada (LIMA, 2016).

É difícil mudar estilo de vida e estabelecer novos comportamentos sem mudar hábitos e costumes, sem que os grupos sociais estabeleçam normas sociais que possam influenciar os indivíduos. Nisto, há determinações sociais. Portanto, se o estilo de vida não é criação do indivíduo, como se dependesse de sua vontade, está explicado porque os indivíduos não seguem as prescrições médicas e a simples informação não é capaz de produzir comportamentos saudáveis.

Segundo Veras (2012), há pelo menos cinco grandes categorias de fatores de risco que retiram qualidade e anos de vida: álcool, tabaco, estresse, sedentarismo e alimentação inadequada, mas o sucesso das ações de prevenção depende, menos da prescrição e mais da compreensão de que a sociedade é complexa e que existem o prazer, os desejos e a cultura. Talvez, o maior fracasso nas ações de prevenção de doenças que exige

mudanças de estilo de vida e o estabelecimento de novos hábitos e comportamentos saudáveis está no grupo de pacientes com doenças crônicas. Vamos considerar o caso dos idosos.

O envelhecimento é um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível e universal. Não é uma doença, entretanto, mais cedo ou mais tarde o indivíduo pode tornar-se menos autônomo e menos capaz para realizar as tarefas mais comuns do cotidiano e suscetível às doenças crônicas e degenerativas, o que aumentará o risco de morte.

Envelhecer significa para o indivíduo sentir o declínio da força física, da função imune e da resistência a estressores, com maior susceptibilidade a desfechos adversos de saúde: doenças crônicas, anorexia, sarcopenia, a osteopenia, déficits cognitivos e incapacidade de realizar muitas atividades cotidianas com autonomia. A consequência do envelhecimento da população é o aumento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, que normalmente impõem aos indivíduos limitações, dores e sofrimento. A população idosa, normalmente é acometida por diversas doenças crônicas e está sujeita a um contexto de acidentes e violência, com internações e reinternações, sendo frequentemente atendida em situação de emergência (OMS, 2015).

Em todo o mundo, a população vem envelhecendo. Nos países mais desenvolvidos isso ocorreu primeiro, de maneira mais lentamente, mas nos países de menor desenvolvimento o processo de envelhecimento da população vem ocorrendo de maneira acelerada, por causa da melhoria das condições sociais e sanitárias, que promoveu uma queda da mortalidade em geral e o aumento da expectativa de vida. Ocorre hoje no Brasil o que já ocorreu nos países desenvolvidos, uma mudança no perfil

demográfico da população, como consequência da diminuição das taxas de mortalidade e aumento da expectativa de vida, com o envelhecimento da população (ALVES et al., 2016).

A Organização Mundial da Saúde considera-se como idosa uma pessoa de 65 anos ou mais nos países desenvolvidos, e de 60 anos ou mais se viver em países menos desenvolvidos. Normalmente essa definição varia de país a país, considerando a idade a que uma pessoa tem direito a pensão por aposentadoria. O Estatuto do Idoso considera como população idosa o grupo de 60 anos ou mais. Em 2000, os idosos no Brasil eram 14.536.029, em 2010 eram 20.590.599, um crescimento relativo de 41% (AGÊNCIA IBGE, 2011).

Envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo do corpo biológico, que reflete a história clínica da vida de cada indivíduo, com alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, físicas e mentais, decorrentes da ação do tempo. Entretanto, não há correspondência linear entre idade cronológica e idade biológica. Neste processo há uma redução da capacidade funcional e maior vulnerabilidade as doenças, assim como limitações da capacidade funcional para realizar as atividades cotidianas com independência, dificuldades de integração social na família e na sociedade (NERI et al., 2013).

Cada indivíduo experimenta o envelhecimento de maneira diversa, a depender de fatores genéticos, biológicos, socioeconômicos, culturais e psicológicos. Isto significa que a população idosa não constitui um grupo homogêneo e planejar um envelhecimento ativo e saudável significa pensar em todas as etapas da vida. As intervenções que criam ambientes de apoio e promovem opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida (ASSIS, 2005; SANTOS et al., 2009; OMS, 2005).

No nível mais alto estão aqueles que estão buscando a manutenção da independência e a prevenção das deficiências inerentes a decrepitude e no nível mais baixo estão aqueles que lutam pela reabilitação e a manutenção da vida. Para envelhecer com saúde deve-se manter no nível mais alto que, necessariamente, só se alcança com envelhecimento ativo.

Se envelhecimento é um processo inevitável e irreversível, é possível retardar o envelhecimento, prevenindo e retardando as doenças crônicas e as incapacidades associadas ao envelhecimento, não só por intervenções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais.

O que sempre se buscou é adiar a morte, alongando o tempo da vida, mas hoje, mais do que nunca, se busca um envelhecimento saudável. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa estabelece estratégias de promoção da saúde para o envelhecimento saudável, com qualidade de vida, o que implica em controle de doenças crônicas, manutenção de capacidade funcional física e mental, estímulo a autonomia e a participação social ativa (BRASIL, 2006).

Costuma-se dizer que para um envelhecimento saudável é preciso ter hábitos saudáveis na infância e juventude. Não basta só viver mais, é preciso viver mais com qualidade de vida. Isto quer dizer saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social e espiritual, no contexto da cultura e dos sistemas de valores dos indivíduos e populações (BRASIL, 1996; INOUE et al., 2010).

Viver mais, quase necessariamente representa conviver com doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial, doenças cardíacas, doença pulmonar crônica, depressão, demências,

artrite e artrose, com complicações e agravos que já representam uma carga de cerca 2/3 da carga de doenças no Brasil. As estratégias de prevenção e controle das doenças crônicas e seus agravos têm sido impotentes para oferecer aos idosos melhor qualidade de vida.

Os fatores responsáveis pela epidemia de doenças crônicas que atingem principalmente os idosos estão relacionados à dieta, sedentarismo, dependência química de tabaco, álcool e outras drogas, ou seja, são de natureza comportamental ligadas aos estilos de vida.

A OMS (2015) diz que grande parte dos problemas de saúde dos idosos está associada a doenças crônicas que podem ser prevenidas ou retardadas, a partir de um envelhecimento ativo e com comportamentos saudáveis. Deste modo, o envelhecimento da população que está ocorrendo em todo o mundo, como resultado do aumento da expectativa de vida e queda nas taxas de fertilidade, exige do poder público respostas ao nível da estruturação das cidades para maior acessibilidade, e da saúde pública para ampliar os serviços de atenção à saúde, não só de tratamento das doenças próprias da velhice, mas de programas de promoção da saúde para um envelhecimento ativo e saudável.

Não há dúvidas de que um estilo de vida fisicamente ativo pode contribuir para melhoria do bem-estar e das condições de saúde e que uma das principais estratégias de promoção da saúde para idosos alcancarem um envelhecimento saudável é a prática de exercícios físicos (FERNANDES; SIQUEIRA, 2010).

Realizar atividade física regular e moderada pode retardar declínios funcionais e diminuir o aparecimento de doenças crônicas ou reduzir os efeitos. Todo programa de prevenção e

promoção da saúde de idosos deve considerar a realização de projetos que ampliem a capacidade de envelhecimento ativo da população, com independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade. Mas isso não será possível com mera prescrição.

Os grupos terapêuticos para idosos que são estabelecidos nas Unidades de Saúde como estratégia de ação coletiva terminam por serem reuniões de pessoas adoecidas que recebem informações sobre sua doença e prescrição para mudança de estilo de vida. Ainda que seja no grupo, a prescrição é para cada um, ou seja, individual. Quase sempre nada acontece, ou melhor, acontece a falta de adesão e, em pouco tempo, a dispersão do grupo.

A prevenção de doenças crônicas é o principal desafio dos tempos pós-modernos, para reduzir as morbi-mortalidades cardiovasculares e outros agravos delas decorrentes. Desde Ottawa (1986), a base das ações preventivas é a adoção de estilos de vida saudáveis, entretanto, os resultados das ações de prevenção, frequentemente, são insatisfatórios.

A prevenção prescritiva para mudança de estilo de vida continua sendo a estratégia. Embora os profissionais da saúde reconheçam que isso é pouco efetivo, eles dizem que enquanto não houver uma ação mais efetiva é isso que precisa continuar sendo feito. É preciso desconstruir essa ideia de que a responsabilidade da prevenção (autocuidado) é única e exclusivamente do indivíduo. Quando ele não consegue, quase sempre não, toda a culpa é dele mesmo.

Não podemos mais só ficar esperando que as pessoas venham a unidade de saúde, para saber quais são os seus

problemas e necessidades. Temos que ir até elas, em seu território, para reconhecer os contextos e considerar seus modos de vida; o sujeito em seus grupos sociais. Como já dito, anteriormente, é o grupo social do cotidiano dos indivíduos que estabelece hábitos e costumes, assim como normais sociais que se impõem sobre os indivíduos.

O primeiro passo é reconhecer que há uma determinação social da saúde e que os modos de vida dos indivíduos não são de sua livre escolha. Só então, poderemos pensar e estabelecer em estratégias e ações que os ajudem a mudança do modo de vida e não, simplesmente, continuar prescrevendo ao indivíduo mudança de comportamento.

Pancer; Nelson (1996) reconhece a importância da família e dos amigos para ajudar o sujeito a estabelecer e manter novos hábitos e comportamentos e que promoção da saúde deve centrar-se em estratégias de intervenção comunitária. A base da ação está na própria comunidade, nas instituições públicas e comunitárias que estão no território como escolas, centros comunitários, associações, sindicatos.

A inclusão dos grupos sociais e das instituições sociais que formam a rede social dos sujeitos em programas de promoção da saúde pode constituir-se num grande passo para o estabelecimento de novos contextos de vida e comportamentos que sejam mais favoráveis à saúde. Este assunto será mais discutido no próximo capítulo.

3

REDES TERRITORIAIS LOCAIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE

São diversos os significados de “rede sociais” e atualmente o mais comum é o de redes virtuais, ligadas à rede mundial de computadores. As redes sociais da Internet aproximam pessoas que podem comungar ideias, trocar informações, compartilhar sentimentos, e mesmo articular ações coletivas em favor de um indivíduo ou uma causa.

Mas, há as redes sociais reais que se estabelecem nos encontros cotidianos das pessoas na família, nos grupos de amigos, nas relações de trabalho. Essas redes sociais reais são formadas por pontos (pessoas/organizações) ligados por fios que se conectam (comunicação). Esse conceito vem sendo muito utilizado na antropologia e nas ciências sociais. Dentre os significados do termo “redes sociais” os mais utilizados são de ligação e entrelaçamento e o principal aspecto das redes seria a de convergência de um ponto a outro, com articulação e rearticulação permanente (ENNE, 2004).

As redes podem ser definidas como “teias” de relações sociais que circundam o indivíduo, ou com os grupos que se tem contato ou alguma forma de participação. Nas redes sociais os

participantes são autônomos, mas unido pelas ideias, recursos, valores e interesses que são compartilhados” (MARTELETO, 2001, CHOR et al. 2001).

As redes sociais influenciam a difusão de informação e conhecimento e oportuniza o desenvolvimento de inovações por manterem canais e fluxo de informação entre os indivíduos, que a confiança e o respeito os aproximam e os levam ao compartilhamento, modificando ou ampliando o conhecimento (TOMAÉL; ALCARÁ e Di CHIARA, 2005).

Serapioni (2005) diz que a família e as redes sociais têm papel fundamental na promoção da saúde, nos seguintes aspectos: no fortalecimento de ações que produzem saúde ou proporciona a capacidade de enfrentar os problemas e mobilizar os recursos necessários; na capacidade de manutenção e promoção das relações no âmbito dos parentes, da vizinhança; na melhoria do acesso aos serviços de saúde, por sua função de mediação e de conhecimentos das oportunidades.

Uma pesquisa patrocinada pela British Medical Association revelou que 80% das doenças menos graves são diagnosticadas e tratadas em casa, sem a intervenção de profissionais de saúde. Por isso, se diz que a verdadeira unidade básica de saúde é a família, o primeiro nível de atenção à saúde. De modo geral, as redes sociais começam na família e é aí que os indivíduos podem se apoiar mutuamente e receber cotidianamente provisão para suas necessidades físicas, sociais e psicológicas (SERAPIONI, 2015).

3.1 Saúde comunitária e educação para autonomia

O termo ‘comunidade’ é polissêmico, amplamente utilizado na atualidade em várias disciplinas e pode ter significados

diferentes; pode ter conotações positivas e negativas, a depender do contexto em que é usado. Em meio a tantos significados, que podem trazer confusão, antes de tudo é preciso definir o que se entende, ou melhor, o que se quer dizer com isso. Frequentemente, toma-se o termo comunidade como querendo dizer a vizinhança, o bairro, a vila, um grupo religioso, rede de relacionamento na internet, de modo que há uma imprecisão no termo, sem precisão conceitual, por isso deve ser explicado (PERUZZO; VOLPATO, 2009).

Na cidade do Rio de Janeiro, o termo comunidade às vezes quer dizer favela, com um sentido de positivar aquilo que seria pejorativo, relacionado à criminalidade e ao tráfico de drogas; mas ao mesmo tempo, num sentido negativo quando referida à vida de carências do lugar em que vive (BIRMAN, 2008).

Em um sentido mais comum, comunidade é um agrupamento de pessoas que comungam ideias, ideais, partilham sentimentos, vivem em um mesmo lugar, construindo identidades individuais e de grupo social, estabelecidas na vida comunitária. Nisto há uma dialética entre a individualidade e a comunidade. O sujeito, constrói sua identidade, mas ao mesmo tempo necessita inserir-se em comunidade, para firmar-se enquanto indivíduo (RODRIGUES; COSTA, 2002).

Segundo Ferdinand Tönnies, uma comunidade se explica por relações entre os indivíduos motivadas por laços de sangue (unidade de existência), por aproximação espacial (lugar) e por aproximação espiritual (atividade comum), o que equivaleria a relações de parentesco, de vizinhança e de amizade.

É nesta classificação, portanto, que devemos procurar as raízes de todas as relações (*associações*).

Daí nós construimos as leis principais da comunidade: 1) Pais e esposos se amam reciprocamente ou se habitam facilmente uns aos outros, falam e pensam juntos de bom grado e frequentemente; da mesma forma os vizinhos e outros amigos; 2) Entre aqueles que se amam (etc.), existe a compreensão; 3) Aqueles que se amam e se compreendem, permanecem e moram juntos, regulam sua vida comum (TÖNNIES, 1995, p. 104).

Uma ideia muito discutida nos clássicos da sociologia é que a palavra comunidade significa vida em comum, solidariedade. Mas também há conflitos. Não é um agrupamento homogêneo de indivíduos, todos com um mesmo pensamento, com uma mesma perspectiva de ação, ao contrário, há pensamentos divergentes e disputas de poder (VIEIRA; XIMENES, 2012).

Para Góis, a comunidade reflete a vida, com uma dinâmica própria no lugar onde se vive, apresentando

“contradições, antagonismos e interesses comuns, que servem de construção e orientação das ações dos moradores em relação ao próprio lugar e à sua inserção no conjunto da sociedade. É um espaço de intermediação da vida familiar com a vida em sociedade, no qual o sujeito é confirmado como membro de uma determinada cultura e com uma determinada identidade de lugar” (GÓIS, 2008, p. 85).

Segundo Palácios (2001), o sentimento de pertença é o elemento fundamental para a definição de uma Comunidade, que se explica pela relação entre o indivíduo e o grupo social, fortemente influenciada pela territorialidade.

Para falar de consciência, palavra já tão desgastada e desacreditada, ou melhor, para resgatar o sentido e a importância

do conceito, temos que ir a Paulo Freire, para quem esse conceito era central na educação. Freire (1963) entende que há uma realidade objetiva em que o homem está e ao mesmo tempo com ela se relaciona, respondendo-lhe aos diferentes estímulos, construindo respostas. Busca conhecer para (re)agir por que conhecimento e ação são partes de uma mesma unidade que chamamos praxis.

Nesta dialética, é o conhecimento da realidade que nos leva a tomada de decisão (ação/reação/relação). Conhecer é uma necessidade do ser humano. Ao mesmo tempo em que busca conhecer para integrar-se ao contexto, o transforma porque não se acomoda simplesmente com a realidade, que é composta por objetos, pessoas e relacionamentos. Consciência é a capacidade de conhecer as coisas e a si mesmo (CHAUÍ, 2001).

Chainça (2013), estudando o termo conscientização nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) da educação fundamental, principalmente relacionados à questão ambiental reconhece o contexto histórico da elaboração desta proposta educacional, nos anos de 1990, que colocava em realce uma crise ambiental sem precedentes na história, e que era preciso oferecer respostas para a crise ambiental. A concepção dos PCN era moldada pela intenção de desenvolver nos estudantes consciência para cidadania, com ideias e valores para o desenvolvimento sustentável, para reduzir os impactos da economia sobre o ambiente e, ao mesmo tempo, as habilidades indicadas pelo mercado de trabalho (formação de mão de obra), mas sem questionar o modo de produção (BRASIL, 1997).

Para basear esse estudo, a autora foi buscar o conhecimento dos fundamentos da questão ambiental que se apresentava

mais pujantemente a partir da Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente, realizada em 1972, em Estocolmo, e do conceito de desenvolvimento sustentável que começou a ser formulado ali.

De acordo com os PCN, o papel do professor era de contribuir para a construção de consciências e cidadãos conscientes diante da realidade ambiental, para que tivessem mais que conhecimento, atitudes. Recomendava, seguindo as proposições assumidas na Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente - Rio 92 que a educação deveria ter papel fundamental para a mudança de mentalidade e consciência para se adotar novos pontos de vista e atitudes diante da crise ambiental. Ou seja, referia-se a educação ambiental que deveria ajudar aos alunos a construir uma consciência e assumir posições de defesa do meio ambiente (BRASIL, 1997).

Como nos PCN, educação ambiental e conscientização passaram a estar juntos, Chainça (2013) desenvolveu uma discussão sobre os termos consciência e conscientização que passaram a fazer parte do discurso ambiental, baseando-se principalmente em Freire (1980) e Vieira Pinto (1960).

Freire, tomando emprestado as ideias de Vieira Pinto (1960) fala de consciência alienada. O termo conscientização para Paulo Freire era diálogos de consciência e para o Vieira Pinto era comunicação de consciências, o que em princípio tem o mesmo sentido. Mas, é o diálogo que se constitui como parte fundamental do método freiriano que pode ser sintetizado nas seguintes frases: “...ninguém se conscientiza separadamente dos demais” (FREIRE, 1987, p. 8) e “já agora ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém educa-se a si mesmo; os homens se educam em comunhão, mediados pelo mundo” (FREIRE, 1987, p. 39).

A alfabetização seria um processo de conscientização, que permitiria ao sujeito uma apropriação consciente da cultura e da própria existência (FREIRE, 1980; GADOTTI, 2014).

Alienação e consciência têm sentidos antagônicos. Vieira Pinto (1960) fala de consciência alienada e consciência autêntica. Alienação não é falta de consciência, mas falta de consciência própria. É quando o sujeito pensa com a consciência alheia, pensa e age pelo que pensam os outros, pelo ponto de vista alheio. Este é o sentido etimológico da palavra alienado. O alienado vive por uma consciência que não é sua própria, mas do outro, não tem consciência autêntica.

Para Paulo Freire, consciência ainda não é tudo. A consciência é uma compreensão ingênua da realidade, que chama de consciência transitivo-ingênua. É a partir da educação que ocorre a passagem da consciência a um estado mais avançado: a conscientização, a passagem de uma concepção distorcida da realidade para uma percepção crítica da mesma (FREIRE, 1980).

Em Freire (1980), a consciência têm o sentido de aproximação crítica da realidade, em que o sujeito tem a compreensão de sua posição no contexto social em que está inserido, para ser capaz de tomar seu destino nas mãos e interferir no processo histórico. Para Paulo Freire, a educação só pode ser instrumento de transformação da realidade e libertação se estiver vinculada a vida social dos sujeitos.

Assim, é na vida comunitária e na relação com o outro que se estabelece a consciência, que se desenvolve para promover o atendimento às necessidades de cada um, a partir de uma perspectiva de cooperação e solidariedade, sem desconsiderar que pode haver disputas e competitividade no debate das ideias,

na tomada de decisão, no conflito de interesses e no exercício de liderança (GÓIS, 2008).

Voltando a Tönnies (1995), encontramos três formas de comunidade: comunidade de lugar (coabitação no território), comunidade de sangue (unidade de existência e consanguinidade) e comunidade de espírito (afetividade, amizade e afinidade espiritual), que certamente estão integradas uma nas outras.

Palácios (2001) defende que alguns elementos fundamentais caracterizam uma comunidade: a) sentimento de pertencimento; b) sentimento de comunidade; c) permanência (em contraposição à efemeridade); d) territorialidade (real ou simbólica); e) forma própria de comunicação entre seus membros por meio de veículos específicos. Para ele, a questão da territorialidade assume novo sentido. Em outras palavras, a base da vida comunitária estaria na comunhão de pensamento e de ideais.

Pertencer à comunidade significa partilhar com o outro o espaço e o cotidiano, no mesmo sentido que Raquel Paiva apresenta em seu livro “O espírito comum: comunidade, mídia e globalismo”.

O homem vive mais nos outros que em si mesmo, mais na comunidade do que em sua individualidade... A comunidade representa para o indivíduo a via de construção de sua existência, abrindo possibilidades para (com)partilhar... Na relação comunitária o indivíduo, ao partilhar da existência, se reconhece no outro (PAIVA, 2003, p. 81, 88)

Na comunidade, há vida comum. A atividade comunitária é ao mesmo tempo uma atividade pessoal e coletiva, estabelecida no diálogo acerca da própria vida e dos problemas dos indivíduos em um grupo social, sendo orientada pelo sentido (significado

pessoal) e pelo significado (sentido coletivo) que a própria atividade e a vida comunitária têm para os indivíduos e para a comunidade.

A atividade comunitária que é uma atividade social significativa (consciente) constrói o modo de vida (objetivo e subjetivo) dos indivíduos e da comunidade, em sua relação com o território, produzindo identidades individual e coletiva. Nesta relação, constroem-se os sujeitos, um modo de vida e o próprio território, a medida que se constrói a consciência (reflexivo-afetiva) dos indivíduos e da comunidade (GÓIS, 2005).

3.2 Promoção da saúde com intersectorialidade e mobilização social

Lima (2016) diz que a Estratégia Saúde da Família está falhando, porque grande parte das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) pouco realiza práticas e ações de prevenção e promoção da saúde. Diz ainda, que as ações de prevenção, quando realizadas estão baseadas em um modelo de determinação biológica das doenças, são prescritivas e com pouca resolubilidade. É que a organização do trabalho das equipes de saúde está voltada, predominantemente, para a atenção individual curativa e medicalizante.

É preciso mais que tratar os pacientes, é preciso cuidar das pessoas, o que significa também prevenir as doenças promover a saúde. Promoção da saúde e prevenção das doenças são coisas diferentes, mas frequentemente confundidas.

Ainda que sejam importantes a assistência e o tratamento das doenças, porque quem está doente tem pressa, é necessário reconhecer os limites da

atenção individual para a resolução dos problemas e necessidades de saúde de uma população, que se relacionam ao contexto da vida cotidiana, para os quais é preciso olhar não só para o corpo doente, mas para o lugar em que vive, o território, que expressa mais do que uma condição biológica, as condições socioeconômicas e culturais que se estabelecem como determinantes sociais da saúde (LIMA, 2016, p.25).

Não se faz promoção da saúde se não com articulação intersetorial e mobilização comunitária. De acordo com Teixeira; Paim; Vilasbôas (2000), as ações intersetoriais exigem o compartilhamento e articulação de interesses, saberes e práticas das diversas organizações envolvidas. A articulação entre o Estado e sociedade civil contribui para a efetividade das ações em saúde e podem acontecer através de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais, tais como, educação, saúde, cultura, ONGs, instituições religiosas e organizações comunitárias (SILVA; RODRIGUES, 2010).

Oliveira; Casanova (2009) indicam que a vigilância da saúde deve apoiar-se em três pilares fundamentais: território, problemas e práticas de saúde, e ser organizada para dar respostas aos problemas de saúde da comunidade, orientando atividades de prevenção e promoção da saúde, valendo-se de interdisciplinaridade e intersetorialidade.

Do ponto de vista técnico-operacional, a vigilância da saúde viabiliza a reorientação do processo de trabalho ao reconhecer o território como conceito fundamental. Nesse espaço, busca-se estabelecer a definição de problemas e de prioridades, bem como o conjunto de meios para atender efetivamente as necessidades de saúde da comunidade, integrando e organizando as atividades de promoção, de prevenção, tal como

as assistenciais-reabilitadoras, valendo-se de conceitos como interdisciplinaridade e intersetorialidade.

A intersetorialidade é compreendida neste estudo como uma relação de compartilhamento de decisões entre instituições públicas, em especial, com os setores da saúde e educação para promover a saúde no território. Também remete ao “conceito/ ideia de Rede cuja prática requer articulações, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações” (PAIM, 2009, p. 21).

As redes instigam a intersetorialidade como uma forma horizontal de organização à medida que envolve as pessoas, organizações e instituições nas etapas de concepção e planejamento das ações. A formação de redes é pertinente quando se deseja provocar o desenvolvimento comunitário.

Diante do exposto, optou-se nesse trabalho por abordar as redes comunitárias como uma das estratégias que articula os setores da saúde, da educação e as instituições da sociedade civil para a prevenção e promoção da saúde no território como possibilidade de melhoria das condições de vida e saúde dos indivíduos e da população, no contexto de vida e trabalho.

Nessa perspectiva, os agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias, agentes de saúde escolar, sob a coordenação das (os) enfermeiras, foram estimulados a constituir redes comunitárias para a promoção da saúde e controle da dengue, a partir das Unidades Básicas de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde em Uberlândia.

Para Gohn (2008) a mobilização social é um processo político e cultural presente em todas as formas de organização

das ações coletivas. Possui vários sentidos, de acordo com a fonte ou a área onde se articula a organização, seja, em movimentos sociais, em ONGs isoladas ou atuando em redes e por meio de políticas públicas estatais.

É importante que os serviços de saúde sejam organizados na perspectiva da participação e mobilização comunitária, reconhecendo o potencial social e comunitário para a solução dos problemas. Deste modo, é necessário criar espaços de diálogos que tenham como objetivo aproximar a unidade de saúde e a comunidade, para juntos estabelecer as ações que possam resultar na melhoria da saúde dos indivíduos e da população, para a qual todos são responsáveis.

Nessa perspectiva, é importante fomentar e/ou fortalecer os grupos comunitários e estimular o apoio de instituições sociais e instituições públicas, gerando assim, as redes comunitárias para prevenção e promoção da saúde no território.

A rede comunitária é um importante instrumento para o fortalecimento dos sujeitos e das comunidades e estas podem ser constituídas a partir dos interesses e metas em comum. Visa a melhoria das condições de vida e saúde local e ainda, possibilita que os indivíduos, instituições e comunidades tenham maior autonomia na resolução dos problemas.

Concordamos com Fugimoto; Sarmiento (2007) quando falam que as redes comunitárias podem ser entendidas como um esforço para promover conexões entre indivíduos, lideranças comunitárias, voluntários, esferas governamentais, empresas, dentre outros.

Para que a participação se concretize, é importante a mobilização social, assim, a comunidade, a família e todos os

envolvidos se sentam sujeitos do processo e não objetos, que percebem o seu papel no processo de mudança ou melhoria. Por isso, é necessário envolvê-los nas ações a serem realizadas, ouvir suas necessidades, e dentro do possível acatar as sugestões e participações.

Nesse sentido, faz-se necessário discutir o conceito de “*empowerment*”, que está subentendido nos cinco campos de ações de promoção da saúde, desde a primeira Conferência em Ottawa, como mencionado anteriormente.

À medida que as conferências internacionais da saúde foram sendo realizadas, este conceito foi se tornando cada vez mais explícito, como por exemplo “promoção da responsabilidade social com o empoderamento da população e aumento da capacidade da comunidade para atuar nesse campo” (BUSS; FERREIRA, 2002, p. 16).

Segundo Valoura (2016), Paulo Freire utilizou a expressão empoderamento, embora a palavra ‘*empowerment*’ já existisse na língua inglesa, com o significado de “dar poder”, para que o sujeito consiga realizar uma tarefa sem necessitar da autorização de outras pessoas. Para o educador a pessoa, grupo ou instituição empoderada é aquela que consegue, por si mesma, organizar e implantar mudanças e ações que a levam a evoluir e se fortalecer.

Segundo Zamudio (1988) e Carvalho (2004) existem controvérsias a respeito desse conceito, devido a sua tradução para o português, que para alguns o sinônimo de “empoderamento”, é “apoderamento” e, para outros, “emancipação”. De acordo com o dicionário Aurélio “apoderar-se”, é o mesmo que “apossar-se”, “assenhorar-se”. Emancipar significa tornar independente, libertar. Já “empoderamento”, é sinônimo de ação, processo ou

efeito de empoderar, que na sociologia é a conquista e distribuição do poder de realizar ações, a partir da conscientização social, individual ou coletiva (FERREIRA, 2010).

Na Educação, é a conscientização, reflexão, objetivação e ações de indivíduos e/ou grupos que levam à mudança da condição individual e coletiva, ou ainda, pode ser entendido como a superação da falta de poder político e social, coletivo ou individual, das populações (FERREIRA, 2010).

Alguns estudiosos como Paulo Freire, utilizam a expressão “empoderamento comunitário” e quando se fala sobre a reorganização dos serviços de saúde, a categoria pode contribuir para superar as deficiências do movimento de promoção da saúde como, a “ausência de propostas consistentes de reorganização das práticas assistenciais” (CARVALHO, 2004, p. 1094).

Com base no que foi exposto, optou-se pelo termo “empoderamento”, em primeiro lugar, por ser a definição que melhor se enquadra no conceito de promoção da saúde definida na Carta de Ottawa, como sendo o processo de capacitação e participação da comunidade para a melhoria da qualidade de vida e, em segundo, por sua definição no dicionário Aurélio de português.

A saúde dos indivíduos e da comunidade não pode ser enfrentada sem um trabalho articulado entre os indivíduos, famílias, vizinhanças, instituições sociais e públicas. O diálogo entre os diversos setores possibilita a construção de ações integradas capazes de responder com mais efetividade aos desafios da saúde pública.

Nessa perspectiva, é necessário pensar a saúde no contexto de vida, como uma rede de saúde, que inclui a potencialidade

local, as experiências acumuladas, os dramas sociais e humanos de uma coletividade. “É preciso, para se pensar a saúde, estar onde o povo está, convivendo e aprendendo, construindo com ele conhecimentos sobre sua própria vida e lugar” (GÓIS, 2008, p. 103).

De acordo com Christakis (2010), nossa saúde não depende somente das nossas escolhas e ações, mas, também, das escolhas e ações daqueles que estão em torno de nós. Nossa capacidade de interagir em redes sociais faz com que os eventos que ocorrem com outras pessoas, independente de conhecê-las ou não, podem se propagar e nos afetar. Sendo assim, a relação do indivíduo com a coletividade, na rede social em que participa cotidianamente um fator fundamental para determinar nossa saúde e a dos outros.

Desta forma, numa perspectiva de rede, precisamos reconsiderar a forma como entendemos saúde, para estabelecer ações e práticas de saúde que atendam as necessidades mais imediatas de saúde do indivíduo que é o tratamento da doença, mas também, com estratégias da saúde coletiva, atendam aquelas necessidades que se apresentam como resultado de sua relação com os outros indivíduos e com o lugar onde se vive.

3.4 Redes de associações comunitárias

Lopes; Lana (2015), discutindo a necessidade de participação popular no controle da hanseníase em Almenara, no norte de Minas Gerais, dizem que falta engajamento da sociedade e uma maior participação social na vida política do país. A conclusão que os autores chegam é que o serviço de saúde não está sendo capaz de promover a participação social para o controle da

hanseníase, conforme proposto no Plano Nacional de Controle da Hanseníase.

Isso ocorre em outros municípios, uma dificuldade para entender ou uma deliberada decisão de não fazer, por que a maioria dos gestores e dos profissionais de saúde assume que sua função é tratar a doença, com todo o aparato tecnológico disponível e o “paciente” é o objeto da intervenção terapêutica, cabendo a ele apenas aderir ao tratamento.

Verdadeiramente, há uma falta de engajamento da sociedade nas democracias representativas, em que frequentemente se está delegando a outro a ação política. Mas é possível que a sociedade amplie sua participação na definição dos rumos da vida, a partir dos movimentos sociais e das instituições sociais da sociedade civil.

Serapione (2015), estudando experiências de participação cidadã nos sistemas de saúde de países do Sul da Europa, reconhece que abordagens que privilegiam a participação social em processos de decisão têm sido debatidas, com diferentes formas, institucionalizadas e não institucionalizadas. O autor reconhece que essas ideias ainda sobrevivem no enquadramento legislativo, porém com pouca efetividade prática. É o que de fato ocorre também no Brasil.

Entretanto, temos propugnado que a organização da participação social, não só nos Conselhos Municipais e Locais de Saúde, mas também nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil tem a capacidade de ajudar a resolver os problemas coletivos de saúde em uma comunidade.

Os indivíduos em uma sociedade, invariavelmente estão ligados a uma organização social que Andrade; Vaitsman (2002)

identificam como (1) organizações sociais (religiosas, grupos de jovens, de mulheres, de esportes, de educação e informação), (2) organizações políticas tradicionais (sindicatos, partidos políticos, associações profissionais) e as (3) novas organizações políticas (meio ambiente, paz, direito dos animais).

A participação dos Conselhos Locais de Saúde é fundamental na articulação de uma rede comunitária de saúde. Além de fiscalizar as ações e os serviços de saúde, exercendo o papel de controle social, os Conselhos podem trabalhar pela mobilização social necessária à participação dos sujeitos na política e gestão da saúde, e ainda, ajudar na construção de um modo de vida solidário em um território saudável, em que cada um pode cuidar da própria saúde, da saúde dos outros e do lugar onde vive.

A mobilização social para promoção da saúde pode ser realizada a partir de pequenos grupos que se reúnam para a realização de um ou mais objetivos. Fonseca (1988) diz que a característica fundamental dos grupos sociais é que os sujeitos, em suas realidades existenciais efetivamente se encontrem. O indivíduo se faz no contexto das relações sociais e na cultura. Sociedade e indivíduo se constroem em relação dialética, um se constrói a partir do outro.

As pessoas não são individualidades separadas da realidade, independente do seu contexto social como quer a ciência moderna e o pensamento liberal, que construíram uma racionalidade na qual os indivíduos são livres e independentes. Zanella et al. (2002) dizem que os indivíduos não são tão livres assim e donos de seus destinos que sejam independentes e separados uns dos outros e do contexto social em que vivem.

“Apóia-se na suposição de que haja vida humana à parte de algum contexto social, e na idéia fictícia de que a sociedade possa existir como algo independente dos indivíduos e de suas ações. Por isso, a doutrina política liberal valoriza o individualismo, sustenta a idéia de liberdade individual face ao poder de coerção que seria exercido pela sociedade sobre o indivíduo” (MADUREIRA, 2005, p. 1).

Há uma ideia interessante em Berger; Luckmann (1985). Segundo eles a sociedade se constrói dentro de uma visão dialética: o homem é produto da sociedade, a sociedade é produto do homem e este processo se realiza em três etapas, sendo a primeira etapa a exteriorização, que corresponderia a toda atividade do homem no mundo, a segunda etapa a objetivação, que seria todas as conquistas fruto desta exteriorização e por último a interiorização que corresponderia à transformação destas estruturas objetivas em estruturas da consciência subjetiva. Assim para o autor, os processos que interiorizam o mundo socialmente objetivado são os mesmos processos que interiorizam as identidades socialmente conferidas. O indivíduo é socializado para ser uma determinada pessoa e habitar um determinado mundo. A identidade subjetiva e a realidade subjetiva são produzidas na mesma dialética (aqui, no sentido etimológico literal) entre o indivíduo e aqueles outros significativos que estão encarregados de sua socialização.

Compreender o sujeito como histórico e socialmente constituído e a realidade social como resultante das atividades de homens concretos que, por intermédio dessas atividades se objetivam e se subjetivam, requer um esforço teórico-metodológico que permita lidar com supostos antagonismos, sem perder de vista a noção da constituição mútua. Uma das grandes dificuldades diz respeito ao reconhecimento de que do

social constitui o sujeito (GÓES, 1993), ou seja, em que medida há um eu que, socialmente constituído, caracteriza-se como singular.

Desse modo, o sujeito de que se fala somente pode ser entendido enquanto tal na medida em que é histórico e socialmente constituído, pois desde que nasce se apropria das características humanas objetivadas nos diversos elementos da cultura. Por sua vez, esse mesmo sujeito, por meio de suas atividades objetiva-se e imprime sua marca no contexto social em que se insere, objetivação esta mediada pelo que foi socialmente apropriado.

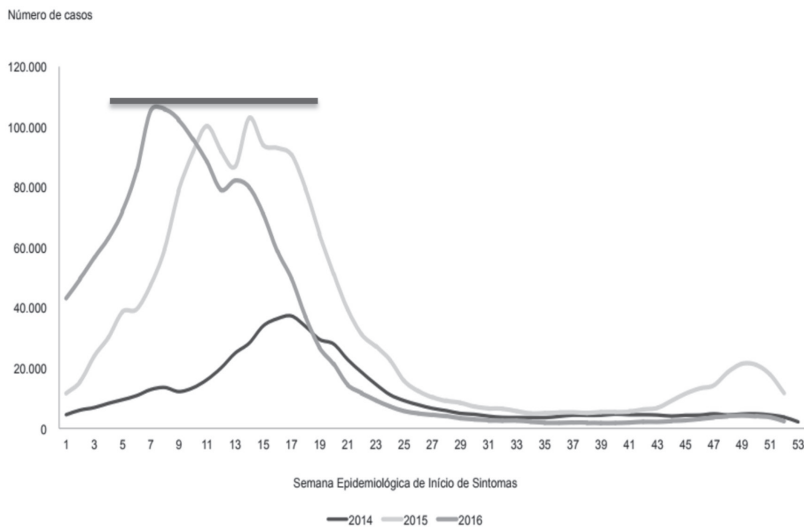
3.5 Construindo redes comunitárias para o controle do *Aedes aegypti*

Em 2015, o Brasil enfrentava sua pior epidemia de dengue, tendo sido registrados 1.688.688 casos de dengue. Somando-se os 38.499 casos prováveis de febre de chikungunya chega-se a 1.727.187 casos de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Provavelmente os casos de Zika virus estavam computados neste número, tendo em vista que ainda não haviam exames laboratoriais que o distinguissem das outras duas doenças.

No período mais agudo da epidemia, que se estendeu da semana epidemiológica (SE) 9 a 19 (fevereiro a maio), chegou-se a cerca de 100 mil casos de dengue em apenas uma semana, por duas vezes, nas SE 11 e 13 (março). Se não bastassem as epidemias de dengue e a emergência das febres por zika e chikungunya, os casos de microcefalia em neonatais aumentaram de forma assustadora, comprovadamente relacionados à contaminação das gestantes pelo zika virus.

Em 2016, a epidemia se repetiu, quando foram registrados 1.500.535 casos prováveis de dengue no país, que somados aos 271.824 casos de chikungunya e 215.319 casos de Zika virus chegamos a 1.987.678 casos de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*, o que torna a epidemia de 2016 maior que a de 2015 (Figura 7).

Figura 7: Brasil, casos prováveis de dengue, 204, 2015 e 2016



Fonte: BRASIL (2017)

Em Minas Gerais, ocorreu coisa semelhante. O número de casos de dengue foi progressivamente maior a cada ano, a partir de 2014. Em 2015, foi registrado um aumento de 333,3% em relação ao ano anterior e em 2016 foi registrado um aumento de 269,2% em relação a 2015, chegando a 524.600 casos, como apresentado na Tabela 1 (MINAS GERAIS, 2017).

Tabela 1: Minas Gerais, casos Prováveis de dengue, 2012 a 2016

Mês	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Jan	14.470	3.812	2.342	35.519	5.016	7.075	57.901
Fev	29.488	5.659	2.599	62.557	8.576	9.339	138.524
Mar	55.309	7.350	3.887	146.925	11.294	27.853	158.624
Abr	62.406	8.662	4.753	123.965	15.335	59.992	122.335
Mai	38.813	6.914	3.848	31.309	9.815	51.245	36.565
Jun	6.398	1.690	2.525	7.232	3.496	14.198	4.752
Jul	1.682	655	1.221	1.654	1.116	3.305	1.010
Ago	611	419	650	673	552	1.226	627
Set	493	399	532	577	653	979	628
Out	419	504	659	744	643	1.313	745
Nov	811	880	1.162	1.056	874	3.824	1.208
Dez	1.651	1.365	6.356	2.526	1.101	14.533	1.847
Total	212.551	38.309	30.534	414.737	58.471	194.882	524.600

Fonte: MINAS GERAIS (2017)

Prevenir a dengue parece ser simples, basta evitar a reprodução do mosquito e, para isso, é preciso eliminar criadouros. A regra básica é não deixar água parada em qualquer tipo de recipiente. Mas, na prática, isso é um desafio para a saúde pública, difícil de ser superado.

No Brasil, todos os anos são gastos milhões de reais no Programa Nacional de Controle da Dengue para o combate do mosquito *Aedes aegypti*. No entanto, as estratégias adotadas parecem não serem eficazes, já que há mais de quarenta anos as epidemias são recorrentes, e cada vez em patamares mais elevados.

O governo realiza o combate à doença ignorando a população, depois a culpa por não fazer a sua parte. Não há duas partes, a do governo e a da população, mas uma só parte.

Governo e população devem estar juntos, em um mesmo plano, trabalhando juntos na mesma ação.

É necessário pensar a dengue a partir de estratégias de prevenção e promoção da saúde que tirem o foco do indivíduo e da doença para estabelecer ações que busquem a mudança dos contextos de vida das populações. Em algumas cidades, a falta de infraestruturas e alguns serviços urbanos como abastecimento regular de água, coleta de lixo são fundamentais, porém mais fundamental é a participação da população, porque os criadouros do mosquito estão dentro das casas. Sem isso, não é possível controlar o *Aedes aegypti*.

No Programa de Controle da dengue, na maioria dos municípios a estratégia principal é o combate ao vetor, a partir da visita domiciliar de um exército de Agentes de Controle de Endemias, com remoção mecânica de criadouros e controle químico dos focos do mosquito. Foi exatamente isso que Oswaldo Cruz fez no início do século XX, para controlar o *Aedes aegypti* bloquear as epidemias de febre amarela: usou um exército de agentes de saúde e a aplicação de muito inseticida (veneno).

Os Agentes de Controle de Endemias entram nas casas com sacos pretos de baixo do braço para limpar as casas das pessoas. Com isso, fica claro que o governo espera que os agentes de endemias combatam o mosquito, como nos tempos de Oswaldo Cruz, e a população espera que isso ocorra.

Em verdade, superamos Oswaldo Cruz, quando o Presidente da República sancionou Lei Nº 13.301, de 27 de junho de 2016, que autorizava a aplicação de inseticida sobre as cidades, por avião, como forma de controlar o *Aedes aegypti*, contrariando a comunidade científica e os técnicos do Ministério da Saúde.

O desespero era tão grande com a tríplice epidemia das doenças transmitidas pelos *Aedes aegypti* que esta mesma Lei, inspirada no sanitarismo autoritário do início do século XX, nos moldes da truculenta polícia médica, autorizava o ingresso forçado aos imóveis, quando o cidadão não autorizar a entrada do agente de saúde no domicílio (BRASIL, 2016).

Mas, o que está de errado nisto? Não é uma questão de saúde pública que justifica a força e a exceção para proteger a saúde e a vida dos cidadãos? É que existem duas formas de resolver a questão. Uma delas é essa, que efetivamente, ignora a participação popular na solução dos problemas. O Estado autoritário se acha no direito de assumir para si a responsabilidade de agir em nome de todos. A outra forma de resolver os problemas de saúde pública é partilhando as estratégias e ações com a população.

A partir do entendimento de que a saúde não depende apenas da nossa biologia ou das escolhas e ações que fazemos, mas sim, da somatória de tudo isso com o contexto no qual estamos inseridos (determinação social da saúde), é importante que os serviços e profissionais de saúde reconheçam o potencial social e comunitário para resolução dos problemas de saúde da população.

A superação do modelo biomédico consiste em reconhecer que um dos caminhos para melhoria da saúde está na consideração da realidade social que a população está inserida, tendo como parâmetro inicial a própria comunidade, através da articulação e mobilização dos serviços, instituições e grupos comunitários em prol de um objetivo comum, o que constitui o que chamamos de redes comunitárias.

Nessa perspectiva, os agentes comunitários de saúde,

agentes de combate a endemias, agentes de saúde escolar, sob a coordenação das (os) enfermeiras, foram estimulados a constituir redes comunitárias para a promoção da saúde e controle da dengue, a partir das Unidades Básica de Saúde da Família (UBSF) e Unidades Básica de Saúde (UBS) em Uberlândia.

Em Uberlândia, em 2015, o processo de constituição das redes comunitárias iniciou-se com o curso de capacitação para os profissionais de saúde das UBSF e do CCZ (Centro de Controle de Zoonoses), no qual os participantes foram estimulados a pensar em estratégias de mobilização social que envolvessem as famílias, as instituições sociais e as instituições públicas para o controle da dengue, nas áreas de abrangência das UBSF e UBS.

O objetivo era envolver as instituições da sociedade civil e as instituições públicas, especialmente os setores de saúde e educação, para convencer a população de que bastavam apenas 10 minutos por semana para realizarem em sua casa uma vistoria e eliminar os criadouros do mosquito transmissor da dengue. O lema era “juntos somos mais”, convocando as pessoas a “cuidarem de sua saúde, da saúde de sua família e do lugar onde vivem”.

No curso de capacitação, a presença das enfermeiras coordenadoras de equipes de saúde da família era fundamental, pois caberia a elas liderar o trabalho da criação das redes que iriam articular a intersetorialidade, em especial, os setores da educação, do desenvolvimento social e da saúde e, ainda, promover a mobilização das instituições sociais (ONGs, entidades da sociedade civil, dentre outros) com o intuito de realizar prevenção e promoção da saúde.

Durante o curso discutiram-se aspectos teóricos e práticos

para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde tendo como foco o controle do mosquito *Aedes aegypti* e o processo de territorialização e integração dos agentes de combate a endemias com os agentes comunitários de saúde, nos territórios da atenção básica. De início, optou-se por realizar o curso com todas as 69 equipes da saúde da família (UBSF) e 9 equipes da atenção básica (UBS) da zona urbana. É importante ressaltar que embora as unidades de saúde da zona rural não tenham participado do curso, num primeiro momento, elas foram capacitadas no primeiro semestre de 2016, na medida em que a experiência estava sendo realizada.

Para realização do curso contamos com o apoio da coordenação da Atenção Básica de Saúde, com o coordenador do Programa da Dengue e com o coordenador do Programa Saúde na escola, que tiveram papel importante, não só de apoiar a iniciativa, mas também de mobilizar em cada setor os sujeitos que deveriam participar do curso.

Enquanto, discutíamos a estratégia de integração dos agentes de controle de endemias com os agentes comunitários de saúde, para juntos realizarem ações de prevenção e promoção da saúde, com foco no controle do *Aedes aegypti*, o Ministério da Saúde, alterava o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011 para determinar que se realizassem ações integradas do agente comunitário de saúde com os agentes de controle de endemias, em casos de surtos e epidemias, com a publicação da Portaria nº 2.121, de 18 de dezembro de 2015.

Art. 2º do Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, passava a vigorar acrescido do seguinte inciso ao subtítulo “Do Agente Comunitário de Saúde”:

“IX - ocorrendo situação de surtos e epidemias, executar em conjunto com o agente de endemias ações de controle de doenças, utilizando as medidas de controle adequadas, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores, de acordo com decisão da gestão municipal” (BRASIL, 2015).

A referida Portaria reforçava a importância da articulação intersetorial no combate ao mosquito *Aedes aegypti*. A Secretaria Municipal de Saúde e o diretor da Vigilância em Saúde, entendendo a necessidade do trabalho integrado entre vigilância e assistência, já haviam se antecipado à determinação da Portaria, de modo que essas ações já estavam sendo desenvolvidas em Uberlândia.

Uberlândia tinha, em agosto de 2015, 431 Agentes de Combate a Endemias (ACE) efetivos, com cerca de 230 integrando o Programa de Controle da Dengue. Desse total, 80 foram designados para participarem do processo de territorialização e integração na atenção básica, junto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), numa relação de 1 ACE para cada equipe de saúde da família. Foram esses 80 ACE que participaram do curso.

Também participaram 49 Agentes de Saúde Escolar (ASE) que trabalhavam em escolas de ensino fundamental na área urbana. Cada ASE é responsável por aproximadamente 1.700 estudantes, em 83 escolas (educação infantil municipal e ensino fundamental municipal e estadual), com aproximadamente 43.619 alunos atendidos.

Das 69 equipes de saúde da família da área urbana, participaram do curso 300 agentes comunitários de saúde e 69 enfermeiros (as) (Tabela 2).

Tabela 2: Número de profissionais capacitados, Uberlândia 2015

Profissional	N.	%
Enfermeiros (as)	69	14
Agentes comunitários de saúde	300	60
Agentes de combate a endemias	80	16
Agentes de saúde escolar	49	10
Total	498	100

Organização: SANTOS, F.O; LIMA, S. C. (2016).

Para melhor aproveitamento do curso, dividiu-se a capacitação em sete turmas, compostos por uma média de 10 unidades de saúde em cada turma. Essa divisão foi importante, porque permitiu que os profissionais que trabalham na mesma unidade realizassem o curso com sua equipe de trabalho. Isso possibilitou uma maior interação e uma aplicabilidade mais efetiva das atividades no território em que estão inseridas.

O curso de capacitação, realizado na Universidade Federal de Uberlândia foi ministrado pelos seguintes profissionais: Dr. Samuel do Carmo Lima, docente da Universidade Federal de Uberlândia, que na ocasião exercia o cargo de diretor da Vigilância em Saúde do município; Dr. João Carlos Oliveira, professor da Escola Técnica de Saúde da UFU, que desenvolve trabalhos na área da mobilização comunitária e dengue e; a doutoranda Flávia de Oliveira Santos, técnica do Laboratório de Geografia Médica, e ainda, seis estagiários dos cursos de Geografia, Saúde Ambiental, Psicologia e Direito da Universidade Federal de Uberlândia, que atuaram como monitores.

O curso teve início em agosto de 2015 e encerrou-se em

dezembro de 2015, com duração de 30 horas para cada turma, sendo que, desse total, 12 horas foram desenvolvidas em sala de aula e 18 horas foram desenvolvidas em atividades práticas na área de abrangência das respectivas unidades e saúde. No final, os participantes receberam um certificado de participação.

O curso foi dividido em 3 módulos, com os seguintes temas: Visita Domiciliar, Mobilização Comunitária e Articulação Intersetorial. Em cada módulo foram realizadas discussões teóricas e de planejamento para as atividades práticas que foram realizadas em dispersão, nos território de abrangência das equipes de saúde da família.

1º Módulo - Visita domiciliar: fez-se uma discussão inicial sobre a epidemia da dengue, abordando questões relativas ao trabalho dos agentes nas visitas domiciliares, levando-os a refletir sobre o que é promoção da saúde, como são realizadas as visitas no território e como envolver os Agentes Comunitário de Saúde (ACS), Agentes de combate a endemias (ACE) e Agentes de Saúde Escolar (ASE) nesse trabalho.

2º Módulo - Mobilização comunitária: Fez-se uma discussão sobre essa temática e como a mesma pode contribuir para a vigilância e controle da dengue no território. Nesse módulo procurou ainda instigar os participantes a refletirem sobre qual é o papel das instituições sociais nesse processo e como podem contribuir com a saúde da população, sempre envolvendo os ACE, ACS e ASE.

3º Módulo - Articulação Intersetorial: Levantou-se uma discussão sobre a importância da intersectorialidade entre as instituições públicas para a vigilância e o controle da dengue, levando os participantes a refletirem sobre como devem ser realizadas a articulação intersectorial e a mobilização dessas instituições.

No 1º módulo, abordando o tema “visita domiciliar”, de início apresentou-se uma questão para estimular o debate: Como evitar a epidemia de dengue que está anunciada para o próximo verão? Assim, foi possível notar a percepção dos agentes de saúde e enfermeiras (os) com relação a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da dengue, do zika vírus e da chikungunya e o que deveria ser feito para impedir a epidemia.

Nas discussões, a maioria dos agentes de combate de endemias relataram dificuldades de acesso às residências como uma das causas da epidemia de dengue. Contaram que uma boa parte dos moradores não se disponibilizou em atendê-los, em sua maioria, por medo, pois não os conhecem, isso devido a rotatividade dos ACE na cidade, sempre mudando de área de trabalho, quase nunca voltando ao mesmo lugar. A maior parte dos agentes de saúde acreditavam que com a territorialização, o acesso às famílias seria facilitado, o que contribuirá para uma maior efetividade do seu trabalho nas residências.

Além disso, muitos disseram que a imagem do ACE tem se perpetuado como ‘catador de lixo’, o que era repudiado por eles. Relataram que alguns moradores esperam a visita deles para recolher os entulhos jogados no quintal. Também contaram que nas visitas encontram casas vazias, apartamentos fechados, terrenos baldios, que estão repletos de lixos jogados em sua maioria pelos próprios moradores do bairro, o que dificulta o trabalho de prevenção e eliminação dos criadouros.

Em contrapartida, os agentes comunitários de saúde diziam que não encontravam dificuldade de acesso às residências, porque fazem parte da comunidade e estão lá desde a implantação da equipe de saúde da família, exercendo suas funções na área de abrangência da unidade, o que ajuda a criar confiança e

vínculo, facilitando o contato direto com as famílias. No entanto, acreditam que essa tarefa iria sobrecarregá-los, afirmando que esse trabalho era dos agentes de combate a endemias e não deles, o que gerou alguns conflitos no início do curso.

Sendo assim, fez-se necessário reforçar que a Política Nacional de Atenção Básica (2012), enfatiza que entre as várias funções do ACS está o combate à dengue na sua área de abrangência.

[...] Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco [...] (BRASIL, 2012, p. 49).

Já os agentes de saúde escolar relatavam que já fazem esse trabalho de orientação para o controle do *Aedes aegypti* nas escolas todos os anos, por meio de palestras, panfletos, entre outras, e não percebiam como poderiam contribuir neste trabalho integrado.

Nas discussões, percebeu-se certo descontentamento dos agentes comunitários de saúde com relação a carga horária de trabalho. Enquanto os ACE tem que cumprir uma carga horária de trabalho de seis horas por dia, os ACS têm que trabalhar oito horas. Os agentes de combate a endemias também reclamavam da falta de um espaço fixo para descanso, utilização de banheiro, realização de lanches, dentre outros. Com a territorialização dos mesmos nas unidades de saúde, essas condições de trabalho poderiam ser resolvidas.

Para Chiaravalloti Neto (2007), a relação entre agentes de combate a endemias e agentes comunitários de saúde é permeada

por conflitos que derivam da diferenciação de *status*. Os ACE se ressentem de melhores condições de trabalho, sempre tendo por parâmetro a condição dos agentes comunitários de saúde, sendo o conflito reiterado por estes. Mesmo assim, experiências relatadas pelos agentes comunitários de saúde quanto à forma de atuação poderiam servir de modelo para os agentes de combate a endemias.

A medida que o debate acontecia alguns conceitos foram sendo abordados e discutidos tais como: promoção da saúde, intersectorialidade e mobilização comunitária, sempre com o intuito de incitar a participação dos agentes e de instigá-los a refletir sobre as ações de promoção da saúde no território para o controle da dengue.

Uma premissa básica nos debates era que a vigilância para o controle da dengue não se faz sem a participação comunitária e a mobilização comunitária não nasce espontaneamente, é necessário que as pessoas se sintam pertencentes e se identifiquem com o que está sendo proposto (OLIVEIRA, 2012).

Logo após as discussões preliminares, a turma foi orientada a se dividir em grupos e se deslocar para as salas de aula. Cada sala teve a presença de um professor que orientava as atividades. Os participantes foram estimulados a discutir algumas questões apresentadas: Porque temos epidemias de dengue com óbitos todos os anos? Como convencer a população a cuidar do seu domicílio e eliminar criadouros do mosquito? Como realizar visitas domiciliares mais eficazes para mobilizar as famílias? Os participantes debatiam as perguntas, enquanto um relator do grupo anotava os principais argumentos apresentados.

Com a orientação dos professores, os grupos foram estimulados a discutirem as questões colocadas, sempre apontando

soluções. A intenção é que os participantes revissem o método utilizado por eles nas visitas domiciliares e buscassem melhorar a abordagem com as famílias para envolvê-la nesse processo. Como os ACS estão em contato diário com a população, estes conhecem melhor a realidade na qual estão inseridos, por isso podiam trazer contribuições significativas para o debate e para as ações que deveriam ser realizadas em conjunto para que alcançasse uma maior efetividade.

De acordo com Góis (2008), promover a participação e a mobilização requer posturas e métodos, demanda formas pedagógicas de agir, que tenham por base as ciências humanas e sociais. Um desses métodos é a pesquisa-ação-participante, um método político pedagógico que une a pesquisa com ação-participante, numa perspectiva de mudança individual e social, aprendizagem, convivência e construção conjunta do conhecimento.

Chiaravalloti Neto; Moraes e Fernandes (1998) faz uma crítica a tendência dos programas de controle da dengue de tentarem estabelecer um nível de conhecimento ideal sobre a doença, através do repasse de informações, supondo que isso gera mudanças. Estes não consideram os conhecimentos prévios dos cidadãos e a sua visão sobre o problema, e não incentivam a sua participação na discussão e proposição de ações educativas na comunidade.

Essas discussões realizadas durante o curso de capacitação proporcionaram uma maior integração entre os agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias e agentes de saúde escolar e ainda, propiciou um melhor entendimento dos serviços executados pelos mesmos no território. A princípio percebeu-se que os ACS tinham uma visão distorcida do trabalho

dos ACE, atribuindo a eles o papel de limpar os quintais dos moradores, mas aos poucos, essa ideia foi sendo desmitificada. Após as discussões os grupos retornaram para o anfiteatro e apresentaram a síntese do debate realizado em grupo.

Nas sínteses apresentadas pelos grupos foi possível perceber que os agentes de saúde acreditam que para evitar a dengue é necessária a eliminação dos criadouros do mosquito. No entanto, ressaltavam que é importante a conscientização da população. Alguns grupos relataram que para acabar com a dengue bastava *“a eliminação dos criadouros do mosquito (pneus, garrafas, vasilhas), porém deve-se ressaltar que essa questão envolve fatores múltiplos dentre eles destaca-se uma maior conscientização da população e um maior preparo dos agentes no que se refere a transmitir as informações corretas, etc”*.

Em outro relato disseram que para se evitar a dengue, além da conscientização e preparo dos agentes é necessário envolver os alunos das escolas e melhorar a abordagem com as famílias nos domicílios. *“As crianças são essenciais nesse processo e o agente tem que ter bom senso no atendimento”*.

Uma sugestão de melhoria nas visitas domiciliares foi que as unidades deveriam ter *“um caderno de comunicação interna, em que o agente comunitário de saúde ao realizar visita domiciliar e evidenciar foco anotaria no caderno para que o agente de combate a endemias também pudesse realizar a visita no referido domicílio. E ainda, expor os dados epidemiológicos locais na sala de espera (nº de doentes com a dengue, focos, internações, óbitos)”*.

Em outra síntese foi possível notar a preocupação do grupo com a falta de mais Unidades Básica de saúde da família, ou falta de capacitação dos profissionais. *“A epidemia gera uma demanda excessiva as Unidades de saúde, sendo necessário fazer um*

planejamento para a execução de ações, para o combate do foco desta doença". Foi apontada como solução uma "maior conscientização dos moradores por parte dos ACS, ACE e ASE, sendo necessário talvez punir com multas os moradores que não seguem as orientações ou beneficiar de alguma forma os residentes que atendem as orientações de prevenção". A medida que os resumos iam sendo apresentados, os professores realizavam as intervenções quando achavam conveniente.

A maioria dos participantes relatou que falta conscientização da comunidade com relação aos cuidados com a limpeza dos quintais e que para que isso acontecesse era necessário buscar alternativas de punição para os moradores. Além disso, acreditam que é importante um maior envolvimento das escolas nesse processo.

Como parte do curso foi apresentada uma atividade para dispersão no final de cada módulo. Assim, as discussões realizadas em sala foram colocadas em prática. No final do 1º módulo foi solicitado aos participantes que elaborassem um argumento de convencimento das famílias a assumir o seguinte compromisso: "cada um cuidando da própria saúde, da saúde de sua família e do lugar onde vive". E ainda, que o argumento elaborado pela equipe de trabalho fosse aplicado nas visitas domiciliares realizadas na suas áreas de abrangência durante as atividades práticas que deveriam ser realizadas na dispersão.

Para isso, os ACE, ACS, ASE e enfermeiras (os), foram orientados a realizar reuniões para elaborar as atividades. Dessa forma, além de pensarem em estratégias de mobilização das famílias, foi possível propiciar uma maior interação entre os agentes no seu ambiente de trabalho.

O 2º módulo iniciava-se com as discussões sobre as atividades realizadas durante a dispersão da aula anterior. Os grupos relataram como ocorreram as reuniões de planejamento, o processo de construção do argumento de convencimento das famílias e ainda, a percepção da equipe com relação ao resultado do trabalho nas visitas domiciliares.

No primeiro momento foram relatadas as dificuldades encontradas para a realização do trabalho. Seguiram-se os relatos de experiências positivas com a nova proposta de visita domiciliar. A maioria dos grupos disse que os argumentos elaborados para abordar as famílias sobre o controle do *Aedes aegypti* proporcionaram maior receptividade aos agentes de combate a endemias.

Um dos argumentos enfatiza a orientação dos moradores sobre necessidade dos residentes receberem bem o ACE e informavam que de agora em diante ele estaria fixo no território e que não necessitariam ficar receosos em abrir as residências para ele. Outro argumento era que para o efetivo controle do mosquito e a prevenção da doença fazia-se necessário a participação efetiva de cada morador na eliminação dos criadouros do mosquito.

Segundo Oliveira (2012) para que a mobilização aconteça e necessário sensibilizar e estimular sempre as pessoas, pois para algumas, os interesses e as necessidades podem ser outros, por isso é importante ressignificar as suas identidades em relação as suas práticas e valores no grupo social.

O 2º módulo do curso de capacitação teve como tema “Mobilização comunitária para o controle da dengue”. Apresentou-se uma questão para aquecimento das discussões sobre a temática: Como as instituições sociais (ONGs, associações de moradores,

igrejas, clubes e outros) podem ajudar na vigilância e controle da dengue? Os participantes foram estimulados a debater sobre o assunto, expondo suas opiniões, anseios e expectativas.

A participação comunitária é um dos elementos fundamentais na promoção da saúde. Os ACE, ACS, ASE, juntamente com a unidade de saúde podem contribuir para o envolvimento das instituições locais no combate ao mosquito *Aedes aegypti* e controle da dengue, assim como de outros problemas de saúde na área de atuação da equipe.

Em princípio, notou-se certa preocupação dos agentes de como realizar essa aproximação com as instituições e como estas poderiam contribuir. No entanto, a medida que o debate acontecia, ideias iam surgindo e possibilidades iam sendo levantadas. Normalmente, as pessoas acham que pouco podem fazer para ajudar no desenvolvimento da sua comunidade, cada uma cuida dos seus afazeres sem se preocupar com os problemas locais. Acreditam que isso é papel somente dos gestores públicos e de outras instituições, e não delas. É importante que as pessoas entendam os problemas e se motivem a participar na busca de soluções, reconhecendo que têm um papel relevante e responsabilidades para com a sua comunidade. Para que a mobilização comunitária seja realmente eficiente deve ser um processo de fortalecimento da comunidade.

Após as discussões iniciais a turma foi orientada a dividir-se em grupos e se deslocaram para outras salas para dialogar sobre as seguintes questões: Quais instituições sociais há no território da UBSF? Como envolver essas instituições sociais em programas de mobilização das famílias para a vigilância e controle da dengue? Como elaborar um plano de trabalho com

atividades permanentes para a vigilância e controle da dengue para essas instituições sociais até dezembro de 2015 (mobilização permanente x campanha)?

Neste módulo, o debate em grupo buscou explorar o entendimento dos agentes sobre a mobilização social e estimulá-los a pensar em estratégias de envolvimento das instituições na vigilância e controle da dengue no território.

No debate foi possível notar que a maioria dos agentes e enfermeiras ainda não compreendeu em essência os princípios da promoção da saúde, sendo pensadas práticas e ações de saúde de caráter preventivo e individual, fundamentadas em uma compreensão biologicista, não incorporando os determinantes sociais, econômicos, culturais, entre outros existentes.

Para Fracolli e Almeida (2011), as peculiaridades das ações de promoção da saúde executadas pelos ACS, no âmbito da ESF, demandam o redirecionamento da prática clínica. É necessário tirar o foco do modelo hospitalocêntrico e da alta especialização que marcam a conformação do sistema de saúde e a formação dos profissionais.

Com as questões debatidas, os participantes do curso retornavam para o anfiteatro a fim de compartilhar o relato das discussões. Nesse momento, os grupos faziam uma breve exposição das ações pensadas para envolver as instituições locais no processo de mobilização contra dengue.

Na exposição das sínteses, cada grupo listou as instituições sociais existentes na área de abrangência de sua atuação. Os estabelecimentos mais citados pelos grupos foram: associações de moradores, igrejas, ONGs, Centro Espírita, Alcoólicos Anônimos, Centro Cultura, entre outros.

Para envolver as instituições sociais em programa de mobilização das famílias para vigilância e controle da dengue um grupo disse que é necessário *“orientar as pessoas responsáveis pelas instituições (padres, pastores, entre outros), chamando seus fiéis a gravidade da doença. Chamar atenção para o real problema, não como moeda de troca. A unidade de saúde deve realizar um plano emergencial para divulgar na comunidade”*.

Outros grupos relataram que para conseguir envolver as instituições é importante *“levar dados e informações, ressaltando a importância de uma ação em conjunto”*. E ainda, *“identificar os responsáveis das instituições e convidá-los para participar, enfatizando a importância da sua participação para o controle da dengue”*. *“Analisar em conjunto com os estabelecimentos as necessidades da região em que o mesmo responde”*. Também foi colocada a necessidade de *“mostrar de forma o mais consciente possível que a dengue não é de forma alguma um problema de responsabilidade somente da instituição de saúde, mas é um problema sério e que deve contar com o apoio de toda a comunidade”*.

Na questão referente a elaboração de plano de trabalho para as instituições alguns relataram a *“necessidade de realização do dia ‘D contra a Dengue’, de mutirões para recolhimento de recicláveis, palestras educativas, ação no bairro, roda de conversa”*. Também enfatizaram a necessidade de *“unir a equipe ACS, ACE, ASE, para elaborar uma proposta para cada tipo de instituição. Envolver toda a comunidade, jovens, crianças e idoso. Buscar informações para levar a comunidade sobre o que é a doença, conscientizar os líderes da comunidade sobre a importância de combater o mosquito”*.

Segundo Negreiros et al. (2009) a efetividade das estratégias comunicacionais, que funcionam como um dos principais meios de influência dos comportamentos, é essencial para que os projetos de mobilização social tenham êxito.

Para finalizar as atividades do 2º módulo apresentaram-se as atividades que deveriam ser realizadas no momento de dispersão antes do próximo encontro de modo a colocar em prática as discussões feitas em sala de aula. Os ACS, ACE, ASE e enfermeiras (os) foram instruídos a se reunirem para escolher instituições sociais e elaborar propostas de plano de trabalho para envolvimento das mesmas com a vigilância e controle da dengue, lembrando o lema: “cada um cuidando de sua saúde, da saúde da sua família e do lugar onde vive. Só assim podemos controlar a dengue”. E ainda, procurar os dirigentes dos estabelecimentos escolhidos para apresentar o projeto, negociar as propostas (aceitando alterações que forem sugeridas) e contratualizar sua execução.

O desafio proposto era envolver a população na vigilância e controle do *aedes aegypti*, através da mobilização das instituições locais nesse processo.

No 3º e último módulo do curso de capacitação os participantes iniciavam com o relato das atividades de dispersão proposta no 2º encontro. Nesse momento foram compartilhados os trabalhos realizados, as dificuldades encontradas e ainda, houve troca de experiências e ideias.

Algumas unidades relataram dificuldades de acesso as instituições e não conseguiram realizar a atividade de dispersão. Em contrapartida, outras equipes conseguiram entrar em contato com os estabelecimentos escolhidos e propuseram parceria com os mesmos para vigilância e controle da dengue no território, chegando a realizar a contratualização com as mesmas. Dentre elas, a igreja Assembleia de Deus e o Centro de Artes e Esportes Unificados.

Percebe-se que o envolvimento da enfermeira coordenadora das unidades de saúde foi essencial nesse processo. Até porque

competete a ela a organização dos trabalhos na unidade e orientação das atividades dos agentes. Caso, a enfermeira (o) não estivesse motivada (o) ou interessada (o), os agentes de saúde teriam dificuldades para desenvolver esse trabalho.

Com a finalização dos relatos das atividades desenvolvidas, deu-se início as atividades do 3º módulo do curso de capacitação com o tema “Articulação intersetorial para a vigilância e controle da dengue”.

No primeiro momento fez-se uma introdução ao tema, abordando o conceito de intersetorialidade. Atualmente, percebe-se que as políticas públicas não estão sendo eficientes em atender as demandas das populações. Nesse sentido, a intersetorialidade passou a ser um dos requisitos para se alcançar a efetividade das ações, visando a articulação entre instituições governamentais e entre essa e a sociedade.

Após as explicações iniciais sobre o tema apresentou uma questão ao debate, para aquecimento da discussão: Como as instituições públicas da Educação, Desenvolvimento social, Meio ambiente e Segurança pública podem ajudar na vigilância e controle da dengue?

É importante que os profissionais das unidades de saúde (ACS, ACE, ASE e Enfermeiras) percebam que os problemas sociais, assim como as ações de controle da dengue no território exigem vários olhares e diferentes maneiras para atuar. E ainda, que a articulação de saberes e práticas proporciona o entendimento e a construção integrada de soluções que garantem à população uma melhor qualidade de vida.

De acordo com Fracoli e Almeida (2011) para que os projetos de promoção da Saúde obtenham êxito é necessário apostar em

ações intersetoriais que envolvam não só os indivíduos, mas as famílias e a comunidade.

Logo após as discussões os participantes foram orientados a se deslocarem do anfiteatro para salas de aulas e se dividirem em grupos, sempre com a presença de um professor para coordenar as atividades. A turma escolhe um relator para anotar as principais ideias das discussões realizadas para posteriormente serem apresentadas para toda a turma do curso.

Foram apresentadas aos grupos três perguntas que nortearam as discussões: Quais instituições públicas há no território da UBSF? Como envolver essas instituições públicas em programas de mobilização das famílias para vigilância e controle da dengue? Como elaborar um plano de trabalho com atividades permanentes para vigilância e controle da dengue para essas instituições públicas até dezembro de 2015 (mobilização permanente x campanha)?

Nestas discussões foi possível perceber que já havia uma maior interação entre os agentes, que conseguiam discutir com mais tranquilidade, motivação e afinidade as questões colocadas. Para Ceretta (2012) é fundamental trabalhar motivação, visando despertar emoções e reconhecimento do trabalho dos profissionais do grupo, das situações de insegurança e incerteza que envolvem seu trabalho, para o qual é necessário somar esforços e coordenar impaciências. Era necessário mostrar para os grupos, que é possível através da reflexão e do trabalho articulado, encontrar alternativas para o controle da dengue no território.

Encerrado o debate dos grupos nas salas, os participantes retornaram ao anfiteatro para apresentar a síntese das discussões

realizadas. Nos relatos, foram citadas algumas instituições públicas localizadas nas áreas de abrangência das Unidades de saúde que poderiam ser parceiras na promoção da saúde e controle da dengue no território, tais como: Unidades de Atendimento Integrado, Centros de Referência de Assistência Social, Escolas de ensino fundamental e infantil, Corpo de bombeiros, Creches, Centros poliesportivos, Polícia militar, dentre outros.

Para envolver essas instituições os grupos enfatizaram a necessidade de *“reunir com as coordenações das instituições para avaliar a possibilidade de abertura com o tema da dengue”*. *“Propor atividades como: palestras, teatros, demonstração na prática”*. *“Ir de encontro com as instituições para se informar sobre as atividades que os estabelecimentos realizam e que podem ser aprimoradas”*. *“Articular um trabalho educativo com bombeiros para palestras nas escolas”*.

Também relataram que para envolver as instituições *“a informação e a comunicação são elementos primordiais para o sucesso do projeto”*. *“Formar equipes que fiquem responsáveis por mapear o seu o território”*. *Mudar o conceito de que a responsabilidade na prevenção da dengue, chikungunya e zica é só dos agentes de endemias e não somente do setor de saúde”*. *“Sensibilização e motivação das instituições”*. E ainda, enfatizaram a necessidade do *“envolvimento maior da escola, pois essa por ter um grande número de estudantes e um contato maior com as famílias pode ter uma contribuição significativa no combate à doença”*.

Percebe-se na fala dos participantes que a falta de intersetorialidade foi mencionada, pois o combate à dengue não é responsabilidade só do setor da saúde, mas, também, de outros segmentos da governança (segurança pública, educação, etc.).

O desenvolvimento de ações de prevenção e controle da dengue, que é uma doença evitável, proporciona uma redução

dos gastos com a saúde pública e possibilita um redirecionamento do investimento para outras doenças e agravos.

Para Taliberti e Zucch (2010), avaliar o custo e o impacto econômico da dengue no município significa conhecer não somente os custos dos vários componentes do programa municipal de controle da dengue, implica também refletir sobre os gastos relacionados ao tratamento da doença, desde o atendimento nas unidades básicas de saúde até o diagnóstico e a hospitalização dos casos mais severos, sobre os gastos que recaem sobre as famílias, incluindo-se os dias perdidos de trabalho dos doentes e dos cuidadores e, finalmente, sobre os prejuízos para a economia do país.

De acordo com o Ministério da Saúde o financiamento das ações de combate à dengue por meio do Piso Fixo de Vigilância em Saúde aumentou 31,89% nos últimos quatro anos, passando de R\$ 947,7 milhões, em 2012, para 1,25 bilhão, em 2015 (BRASIL, 2015).

Nesse sentido percebe-se a necessidade de ações contínuas, o que possibilita o fortalecimento das famílias e das instituições na mobilização contra a dengue e, conseqüente, uma diminuição dos custos com a doença.

Quanto a elaboração de um plano de trabalho com atividades permanentes para a vigilância e controle da dengue para as instituições locais, os grupos sugeriram *“uma maior interação entre os estudantes das universidades para auxiliar as unidades de saúde nesse projeto”*. *“Conhecer as instituições e os trabalhos desenvolvidos pelas mesmas”*. *“Apresentar uma proposta inicial para esses estabelecimentos”*. Também foram sugeridas *“coletas de recicláveis, gincanas nas escolas, teatros, realização de ações com as crianças, incentivando a limpeza dos quintais de suas casas”*.

No final da exposição das sínteses, foi levantada mais uma questão para o debate: Como coordenar a rede de parceiros de instituições sociais e públicas pactuadas para o controle da dengue?

Parrat-Dayan (2007) ressalta que as discussões são necessárias, pois é a partir do embate entre as coisas e entre os outros, que se produz uma troca de pontos de vistas. Sem a discussão, o espírito permaneceria num estado de conformismo. Ainda, segundo o autor, além da técnica da discussão, o pensar juntos passa a constituir um objetivo pedagógico.

Na finalização do 3º módulo do curso de capacitação foram apresentadas algumas atividades de dispersão para serem realizadas pelas equipes das unidades de saúde. Foi sugerido que os agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias e agentes de saúde escolar e enfermeiras realizassem reunião para escolher as instituições públicas e elaborar propostas de plano de trabalho para envolvimento destas com a vigilância e controle da dengue, lembrando o lema: “cada um cuidando de sua saúde, da saúde da sua família e do lugar onde vive. Só assim podemos controlar a dengue”. Depois, deveriam procurar os dirigentes das instituições públicas para apresentar as propostas de plano de trabalho de vigilância e controle da dengue. Negociar a proposta (aceitando alterações que forem sugeridas) e contratualizar sua execução.

Na finalização do curso de capacitação foi concretizado o seminário “Redes Territoriais Locais e Promoção da Saúde o Controle da Dengue”. Este foi o coroamento do curso de capacitação realizado para os agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias, agentes de saúde escolar e enfermeiras (os). O publicado alvo do seminário foram os

profissionais que participaram do curso, demais profissionais da saúde, estudantes universitários, dentre outros.

Na abertura do evento, foi realizada apresentação da peça de teatro “Xô Dengue”, que tem como integrantes os estudantes do Programa Mais Educação e do Observatório da Saúde da escola municipal prof. Eurico Silva.

No período da manhã, o seminário contou com presença da professora Márcia Faria Westphal da Faculdade de Saúde Pública da USP, que abordou o tema “Redes territoriais locais”. Após a intervenção da palestrante, foi realizado um debate no qual os participantes tiveram a oportunidade de discutir a temática.

No período da tarde, as equipes das unidades de saúde, apresentaram em formato pôster ou em exposição oral os trabalhos realizados no território. Esse momento foi importante para estimular ainda mais as atividades que estão sendo desenvolvidas a partir das UBSF e UBS.

Acredita-se que os agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias e agentes de saúde escolar podem ser articuladores do processo de mobilização das instituições sociais e públicas, por conhecerem sua área de atuação, ter facilidade de acesso aos domicílios, escolas, famílias e conseqüente tem um vínculo maior com a comunidade. Não há dúvidas de que a mobilização social por meio da construção de redes comunitárias e a articulação intersetorial são estratégias que podem tornar exitosas as ações de controle de endemias no Brasil, sobretudo para as doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*.

3.6 As redes comunitárias em ação

A partir deste curso de capacitação, as Unidades de Saúde e suas equipes, ou seja, enfermeiros (as), agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias e agentes de saúde escolar, na parte prática do curso, foram estimulados a constituir redes comunitárias que tinham como objetivo combater a infestação do mosquito *Aedes aegypti* em seus territórios de abrangência. As redes aqui, tinham como foco a dengue, mas também poderiam ser utilizadas como política pública de prevenção de outras doenças.

Ainda, em novembro de 2015, antes da finalização do curso de capacitação, o processo de constituição das redes comunitárias já estava ganhando forças no território de abrangência das unidades. Era a parte prática do curso que estava sendo realizada.

Uma experiência marcante desse movimento ocorreu na escola municipal Prof. Eurico Silva, onde um projeto de controle do *Aedes aegypti* já estava em andamento. As UBSF São Jorge II e III e a escola realizaram uma grande mobilização nos bairros do setor sul da cidade, convocando as outras escolas, as igrejas, as ONGs, as associações para formarem uma rede comunitária de saúde.

A ideia foi contar com a participação de cada uma das instituições da rede para difundir a importância do cidadão fazer a sua parte, cuidando do lugar onde vive, estuda ou trabalha. Em especial, cada instituição mobilizava os seus participantes.

O marco dessa mobilização foi a presença do prefeito Gilmar Machado, que na ocasião assinou um pacto de cooperação entre as secretarias municipais de Educação e de Saúde, para

juntas desenvolverem um projeto de prevenção e controle da dengue, tomando a escola como espaço preferencial para ações intersetoriais, cujo objetivo era mobilizar os alunos e as famílias para eliminar os criadouros do mosquito em seus domicílios.

Outra experiência interessante foi desenvolvida na parceria entre as equipes de saúde e o Educandário Lar Espírita Maria Lobato de Freitas, instituição que atua na área da educação e de serviços sociais. O sentido era o mesmo da mobilização desenvolvida a partir da Escola Municipal Professor Eurico Silva, para que os alunos e suas famílias realizassem a eliminação dos focos do mosquito transmissor da dengue.

As atividades pactuadas com o Educandário foram planejadas pelos agentes comunitários de saúde, agentes de combate à endemias e agentes de saúde escolar com a direção e os professores da instituição. Foi realizada a formação de agentes mirins de combate à dengue, que assumiriam a responsabilidade da vistoria semanal do domicílio para a eliminação dos criadouros do mosquito. Além disso, foram realizadas atividades e oficinas que visavam a transformação de pneus e garrafas PET em suporte para o plantio de hortaliças e plantas decorativas.

Em um dia especial, foi realizada uma exposição de mostruário do mosquito *Aedes aegypti* e suas fases, e móveis representando as fases do mosquito em tamanho aumentado. Também, houve a participação dos alunos da Escola Municipal Prof. Eurico Silva que apresentaram a peça de teatro “Xô dengue” (Foto 1).

As UBSF Seringueiras I e II deram início a uma parceria com a “Associação Cultural Manos do Hip Hop”, uma associação que oferece atividades ligadas à cultura, em especial a dança,

que se localiza nas imediações das referidas unidades de saúde. Em primeiro lugar, foi realizada reunião com a instituição com o objetivo de pactuar a parceria e discutir um plano de ação.

Foram propostas diversas atividades, dentre elas um concurso de cartazes e um concurso de paródias, que foram realizados com as crianças e adolescentes que frequentam a instituição, com a presença dos pais. Neste dia, as famílias se comprometeram a eliminar os criadouros do mosquito de seus domicílios.

A UBSF São Gabriel realizou parceria com a Escola Municipal de Educação Infantil Augusta Maria de Freitas, também em reunião com a participação dos agentes comunitários de saúde, agentes de combate à endemias e agentes de saúde escolar, e a enfermeira, coordenadora da equipe de saúde da família.

Foto 1: Alunos da Escola Municipal Prof. Eurico Silva encenando a peça Xô Dengue



Fonte: SANTOS. F. O. (2016).

Foi realizada uma feira de ciências em que se apresentou a exposição de larvas do mosquito, vistas à lupa microscópica, distribuição de panfletos com informações sobre a doença e como evitá-la e uma apresentação de teatro sobre a dengue.

No dia 10 de março de 2016, foi instituído o dia A contra o *Aedes aegypti*. Para este dia foram planejadas diversas atividades para mobilização dos alunos e suas famílias para a eliminação dos criadouros do mosquito. Neste dia, todas as escolas simultaneamente interromperam suas aulas, no segundo horário de cada período de aula (manha/tarde/noite) para realizarem as atividades, que tiveram a participação das equipes de saúde da família de todas as UBSF, dos agentes de combate às endemias e dos agentes de saúde escolar. Em cada escola, os estudantes levaram para casa um bilhete aos pais e/ou responsáveis alertando-os sobre a importância de cuidar da limpeza dos quintais para eliminação dos criadouros do mosquito.

Neste dia A contra o *Aedes aegypti*, na escola municipal Prof. Otávio Batista Coelho Filho foram realizadas em todas as salas, rodas de conversa com os estudantes sobre as formas de eliminar os focos do mosquito *Aedes aegypti*, com a presença de uma professora e um agente de saúde. Neste dia, também foi iniciada a formação de um comitê de mobilização contra a dengue. Foi solicitado aos estudantes interessados em participar do referido comitê que preenchessem um formulário e o entregassem para a professora para oficializar sua adesão. O comitê seria criado com a participação de estudantes, pais e professores.

Já na escola municipal Guarda Antônio Rodrigues do Nascimento, as atividades sobre a dengue e outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* já estavam sendo realizadas desde

o início do ano. O tema havia sido inserido para debate em todas as disciplinas. Segundo a diretora da escola, o “Dia A contra a Dengue” foi proveitoso porque possibilitou maior integração dos alunos e professores na campanha contra o mosquito. Ressaltou ainda, que as atividades foram coordenadas pelas professoras de literatura, linguagem, educação física e artes.

Em cada sala foram apresentados os trabalhos que haviam sido realizados pelos alunos, anteriormente. Em algumas salas foram lidos e debatidos textos escritos pelos alunos. Em outras, apresentaram-se jograis (declamação de poemas ou canções por um coro, alternando entre o canto e a fala) elaborado pelos próprios estudantes, que enfatizavam a importância da participação de todos no combate ao mosquito *Aedes aegypti*. Também, em outras salas foram apresentadas paródias de rap sobre a temática. Em todas as apresentações foi abordada a necessidade de que cada um assuma sua responsabilidade na eliminação dos focos do mosquito e conseqüentemente a diminuição dos casos da doença.

Na Escola Municipal Professor Milton Magalhães Porto, a mobilização do “Dia A contra o *Aedes aegypti*” aconteceu com a apresentação de uma peça de teatro. Um grupo de cinco alunos entrou em todas as salas de aulas, acompanhados de uma professora, encenando a história da baratinha que recebia a visita de um “amigo ilustre”, o mosquito *Aedes Aegypti*.

A cena, que foi bastante informativa, contou sobre quão ansiosa estava a baratinha para receber seu amigo e o quanto desesperada ficou ao descobrir como ele era nocivo à saúde; confirmado pela história de uma outra personagem que havia recebido a visita do mosquito e ficou um tempo adoentada. Em todas as salas, a cena foi bem recebida pelas crianças e

também pelas professoras, que observavam atentas. Ao final da apresentação foi realizada a orientação para que cada aluno, ao chegar em casa, realizasse uma vistoria no quintal para eliminar os criadouros do mosquito e para evitar a dengue. As respostas das crianças foram unânimes, todos levantaram o braço dizendo que o faria o que havia sido sugerido.

Além da encenação nas salas de aula, foram realizadas apresentações para todos os servidores, fazendo uma exposição do projeto, convocando-os a participar da mobilização da escola contra o mosquito.

O Governo Federal, por meio de uma ação articulada entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação que estimulasse o fortalecimento da integração entre os setores da Saúde e da Educação no nível local convocou as escolas de ensino fundamental a enviarem relatos de experiências exitosas sobre ações de combate ao *Aedes aegypti*, que foram publicadas no Guia de Relato de Experiências (BRASIL, 2016).

A Escola Municipal Prof. Eurico Silva, em Uberlândia, apresentou o relato da experiência dos alunos que, sob a coordenação da professora Flávia Queirós e do acadêmico do curso de Artes Plástica da UFU Waquila Correia da Silva, escreveram o texto, criaram o figurino e a maquiagem e a encenaram a peça *Xô Dengue* em muitas escolas, em diversos espaços culturais da cidade, abrindo eventos científicos na Universidade, inclusive no Instituto de Artes Plásticas.

Dentre os mais de mil relatos recebidos de todo o Brasil, a experiência da Escola Municipal Prof. Eurico Silva², foi

² <http://uipi.com.br/destaques/destaque-2/2016/04/08/escola-professor-eurico-silva-recebe-premiacao-nacional/>

selecionada pelo Ministério da Educação. O reconhecimento veio com a visita de um representante do Ministério, para ver de perto a iniciativa da escola no combate ao mosquito *Aedes aegypti* e entregar o prêmio. Neste dia, com a presença da secretária de educação, profa. Gercina Novais, os alunos realizaram mais uma vez a apresentação da peça de teatro Xô Dengue.

4

AINDA HÁ MUITO QUE FALAR E OUVIR

É verdade que não é possível dizer tudo sobre alguma coisa, primeiramente porque não se sabe tudo. Em pouco tempo vamos descobrir que o que hoje sabemos é apenas parte. Portanto, é necessário ter a humildade para ouvir, antes de falar. As citações apresentadas neste livro são as vozes que temos ouvido. Ainda há outras, que por limitação destas páginas não estão aqui. Também, temos ouvido nossos professores e nossos alunos e com eles aprendemos todos os dias. Com isso descobrimos que o que hoje sabemos não é absoluto. Deste modo, não devemos ignorar aquilo que nos contradiz, porque pode ser que não estejamos certos absolutamente. Portanto, devemos seguir aprendendo sempre.

Nas últimas páginas deste livro, vamos sintetizar os principais pontos sobre promoção da saúde, redes comunitárias e territórios saudáveis, a começar pela ideia de que a saúde não depende exclusivamente de processos biológicos que têm sede no corpo biológico.

Promoção da saúde não é o mesmo que prevenção das doenças, mas primeiro vamos voltar à prevenção. Temos certeza

de que a doença tem precedência sobre a saúde, pela emergência que se estabelece quando o doente não é cuidado imediatamente. A doença se agrava e seguindo esta história, se a doença continuar sem tratamento o doente morre. Mas, para aqueles que não estão doentes, frequentemente se diz: *fiquem em casa, não venham a unidade de saúde, porque já estamos assoberbados com "tantos pacientes"*.

É exatamente por isso que os doentes são muitos, porque nos assoberbamos com eles, não tendo tempo e nem dedicando mais recursos financeiros para evitar a doença. Mas, os programas de saúde da atenção básica que estabelece assistência aos doentes também faz prevenção, por exemplo, a prevenção das doenças crônicas. Esta prevenção, baseada na história natural da doença, se ocupa para que o diabético e o hipertenso não se instabilizem. Mas, e aqueles que ainda não são diabéticos, nem hipertensos, mas brevemente vão manifestar esses sintomas? Nada se faz, ou melhor, aquilo que é dito para os doentes também é dito aos demais, é preciso mudar o estilo de vida. A prevenção prescritiva é pouco efetiva porque o indivíduo não é capaz de atendê-la, não porque falte força de vontade, porque falte conscientização, mas porque há contextos de vida que o impedem.

Então precisamos falar de Determinação Social da Saúde. Não somente que a causação das doenças geralmente está fora do corpo, no lugar onde se vive, determinada pelas condições sociais, econômicas, psicológicas e culturais, mas também que o indivíduo está envolvido por estas condições que estabelecem um contexto de vida, do qual ele não consegue escapar. Ainda que se conheça alguma pessoa que atendeu a prescrição, a maioria das pessoas não consegue. Então, temos que concordar que a exceção não anula a regra.

Os profissionais de saúde insistem em prescrever ao indivíduo, mesmo sabendo que a maioria deles não consegue aderir a prescrição, porque não conseguem perceber outra forma de prevenção. Se o indivíduo está impedido de fazer aquilo que a prescrição determina por um contexto de vida, quem sabe a solução não está em mudar o contexto. Mudar o contexto que facilita a prevenção é promoção da saúde.

Mas, esse aparente antagonismo, que poderia nos colocar diante da escolha entre essa ou aquela estratégia, em verdade podem ser estratégias complementares: prevenção da doença e promoção da saúde.

A ideia de promoção da saúde vem desde o século XVIII, quando a degradação ambiental e as péssimas condições sociais das populações pobres nas cidades industriais da Europa eram, reconhecidamente, a causa para a baixa qualidade de vida e as epidemias recorrentes. Mais recentemente, a partir de Lalonde em 1974, iniciou-se no Canadá um novo movimento de promoção da saúde, que inspirou Alma-Ata. Não é sem razão que a primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada no Canadá, em Ottawa, em 1986.

A Carta de Ottawa sintetizava promoção da saúde em cinco estratégias: a) construir políticas públicas saudáveis, b) construir ambientes saudáveis, c) reforçar a participação comunitária, d) desenvolver habilidades pessoais, e) reorientar os serviços de saúde.

Lembram-se do castigo de Sísifo, de rolar uma pedra montanha a cima. Quando a pedra estava quase lá, ela rolava para baixo. O contexto era adverso, por isso ele era incapaz de cumprir a tarefa. Como tinha que repetir essa tarefa todos os dias

da eternidade, só há duas soluções possíveis. Fortalecer Sísifo ou reduzir o tamanho e a inclinação da montanha. Promoção da saúde permite elevar o nível de saúde das pessoas porque pode utilizar dessas duas estratégias: fortalecer o indivíduo e construir territórios saudáveis, nos quais a montanha não seja tão alta e sua inclinação não seja tão íngreme, ou seja, construir territórios saudáveis é construir contextos favoráveis à saúde no lugar onde se vive.

De lá para cá, o Canadá seguiu com estratégias de promoção da saúde baseadas no empoderamento dos indivíduos para o estabelecimento de estilos de vida saudáveis, baseando-se claramente em duas estratégias da Carta de Ottawa: reforçar a participação comunitária e desenvolver habilidades pessoais, com maior ênfase para o autocuidado e a responsabilização individual, o que estaria ideologicamente mais próximo à onda neoliberal que varreu o mundo a partir dos anos de 1990.

A pesar disso, na Europa ainda deu-se atenção a estratégia de construir ambientes saudáveis. Mesmo que o Movimento Cidades Saudáveis tenha surgido no Canadá, antes de Ottawa, essa experiência foi reconhecida pela OMS, que a apresentou à Europa, em uma Conferência Internacional de Saúde, em Lisboa, em 1986, quando foi proposta a criação da Rede Europeia de Cidades Saudáveis. Após isso foram criadas redes nacionais de cidades saudáveis nos países da Europa e em outros continentes, com o objetivo de apoiar as iniciativas, trocar experiências e firmar o compromisso de solidariedade no cumprimento das diretrizes fundamentais da criação de territórios saudáveis, principalmente na instituição de políticas públicas saudáveis, gestão intersetorial e mobilização social. Em Janeiro de 2018 foi criada a Rede Rides de Cidades Saudáveis, que integra 12

municípios do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, que deve construir um projeto de cidade saudável, a partir da ideia de promoção da saúde, com intersectorialidade e mobilização social. Mas, essa é uma experiência que está apenas começando e deverá ser relatada em breve.

Promoção da saúde se faz, primeiramente, com uma ação de governo coordenada e intersectorial. O que acontece é que, em geral, a governança está organizada em setores distintos, cada qual com seu plano, visando objetivos específicos, a saúde, a educação, o desenvolvimento econômico, o desenvolvimento social, a infraestrutura. Não há uma visão de conjunto e as respostas aos problemas são sempre em fragmentos.

Para começar a construir uma governança intersectorial, dever-se-ia estabelecer saúde em todas as políticas, ou seja, em cada plano setorial deveria se pensar em que essas ações podem afetar positiva ou negativamente a saúde. A partir de então, buscar-se-ia o setor saúde para discutir essas ações. Por outro lado, nos planos setoriais do setor saúde, quando se identificassem problemas e necessidades de saúde da população que demandassem uma ação coordenada com outro setor, a iniciativa da aproximação intersectorial seria da saúde. Mas, tudo isso é utopia.

Também, não se faz promoção da saúde e construção de ambientes saudáveis sem a participação dos sujeitos do território. Mas, há uma corrente muito forte contra isso, desde o fim do século XX.

Temos a certeza de que promoção da saúde é uma utopia neste mundo dominado por políticas neoliberais e que as cartas de Alma Ata e Ottawa se tornaram extemporâneas. Mas, vale a

pena lutar contra a corrente. Talvez, a revolução deva começar pelos pequenos territórios, na vizinhança, nas unidades de saúde da atenção básica dos bairros.

Ainda há muito que falar e ouvir, mas aqui devemos finalizar o livro, não porque o assunto tenha se esgotado, mas porque se esgotou o espaço estabelecido para estas páginas.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA IBGE. **Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas.** 29/04/2011. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/14007-asi-primeiros-resultados-definitivos-do-censo-2010-populacao-do-brasil-e-de-190755799-pessoas.html>>.

ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M.L.; VERAS, R.P.; BARATA, R.B. **Teoria epidemiológica hoje fundamentos, interfaces, tendências.** Epidemiológica series, nº2. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. 256 p.

ALVARENGA, P.P.; PEREIRA, D.S.; ANJOS, D.M.C. Mobilidade funcional e função executiva em idosos diabéticos e não diabéticos. **Rev. bras. fisioter.** [online], 14(6): 491-496, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n6/a07v14n6.pdf>>.

ALVES, D.S.B.; BARBOSA, M.T.S.; CAFFARENA, E.R.; SILVA, A.S. Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis. **Caderno de Saúde Coletiva**, 24 (1): 63-69, 2016.

ANDRADE, G.R.B. de; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14615.pdf>>.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO, M.C.S.; MIRANDA, A.C. (Orgs). **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós.** Rio de Janeiro:

Editora FIOCRUZ, 2002, p. 150-171. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/xkvy4/pdf/minayo-9788575413661.pdf>>

ASSIS, Mônica de. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista APS**, 8(1):15-24, 2005. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>>.

AYRES, J.R.C.M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 5 (1):28-42, 2002.

AYRES, J.R.C.M. Prevenção de Agravos, Promoção da Saúde e Redução da Vulnerabilidade. In: MARTINS, M.A.; CARRILHO, F.J.; ALVES, V.A.; CASTILHO, C.G.; WEN, C.L. (Orgs). **Clínica Médica**. 1ª ed. Barueri: Manole: 2009. Vol. 1. p. 437-455.

AZEVEDO, André Nunes de. A reforma pereira passos: uma tentativa de integração conservadora. **Tempos Históricos**, 19 (151-183), 2015. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/tempohistoricos/article/view/12480/9400>>.

BARATA, R.B. Epidemiologia social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 8(1): 7-17, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n1/02.pdf>>.

BARCELLOS, C.C.; SABROZA, P.C.; PEITER, P.; ROJAS, L.I. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **IESUS** [online], 11(3): 129-138, 2002. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v11n3/v11n3a03.pdf>>.

BARRETO, Maria Amália Pereira. Algumas reflexões sobre estilo de vida urbano. **Perspectivas**, São Paulo, 9/10:169-178, 1987/87. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/perspectivas/article/download/1869/1536>>.

BERGER, P.L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: Tratado de sociologia do conhecimento**. 6ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1985.

BERNSTEIN, P.L. **Desafio aos deuses: a fascinante história do risco**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997.

BIRMAN, Patrícia. "Favela é comunidade?" In: Machado da Silva, Luís Antônio (org.) **Vida sob cerco: violência e rotina nas favelas do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: FAPERJ/Nova Fronteira, 2008.

BOUDIN, J.C.M. **Essai de Géographie Medicale**. Germer - Baillière. Paris: 1843, 103p. Disponível em: <<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k107731p>>.

BRASIL. **Parâmetros Curriculares Nacionais: meio ambiente: Ensino de primeira à quarta série**. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. Brasília: 1997. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro091.pdf>>.

_____. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Ministério da Saúde. Brasília: 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>

_____. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>.

_____. **Estatuto da Cidade**. 3ª ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008. 102 p. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70317/000070317.pdf?sequence=6>>.

_____. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Ministério da

Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Série I: História da Saúde no Brasil. Brasília-DF: 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf>.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª edição. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Série B: Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde, v. 7. Brasília-DF: 2010. <Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>.

_____. **Política Nacional do Idoso**. Brasília. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Reimpressão, 2010. 100p.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília - DF: 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde, Volume 4. Brasília-DF: 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série E: Legislação em Saúde. Brasília-DF: 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>.

_____. **Portaria nº 1.813, de 11 de novembro de 2015**. Ministério

da Saúde.

Gabinete do Ministro. Brasília: 2015a. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/dengue/novos_atos_normativos_e_instumentos/Portaria_1813_2015_Emerg_saude_Publica.doc>.

_____. **Ofício Circular nº 01/2016-GAB/SVS/MS**, de 05 de janeiro de 2016. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: 2016a. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/dengue/novos_atos_normativos_e_instumentos/5_Oficio_circ01_2016_VISA.PDF>.

_____. **Medida Provisória nº 712**, de 29 de janeiro de 2016. Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do Vírus da Dengue, do Vírus Chikungunya e do Zika Vírus. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília: 2016b. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/dengue/novos_atos_normativos_e_instumentos/7_MPV712_2016.pdf>.

_____. **Papel das Forças Armadas no combate ao Aedes aegypti é destacado por Dilma**. Portal Brasil. Publicado em 29/01/2016, 2016c. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2016/01/dilma-considera-forcas-armadas-essenciais-no-combate-ao-aedes-aegypti>>.

_____. **Lei Nº 13.301, de 27 de junho de 2016**. Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília - DF: 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2016/l13301.htm>.

www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2016/lei-13301-27-junho-2016-783279-publicacaooriginal-150644-pl.html>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de anotações - relatos de experiências da semana saúde na escola** – Contribuições de troca de experiências de ações de identificação e eliminação dos focos do mosquito *Aedes aegypti*, associadas a atividades de educação em saúde ambiental para a promoção de ambientes saudáveis, que estão sendo desenvolvidas pelo Brasil afora. 34 p. 2016.

_____. **Boletim Epidemiológico**. Volume 48, Nº 3/2017. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS. Brasília: 2017. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/images/boletins-epidemiologicos/2016-Dengue_Zika_Chikungunya-SE52.pdf>.

BUSS, P.M.; FERREIRA, J.R.. O que o Desenvolvimento Local tem a ver com a Promoção da Saúde? In: ZANCAN, L. R; BODSTEIN, R.; MARCONDES, W.B. (orgs.). **Promoção da Saúde como caminho para o Desenvolvimento Local**. ABRASCO, Rio de Janeiro: 2002, p. 15-37.

BROWNSON, R. C. et al. Measuring the Built Environment for Physical Activity. State of the Science. **American Journal of Preventive Medicine**, 36, (4 SUPPL): S99-S123.e12, 2009.

CAMPOS, C.M.S.; MISHIMA, S.M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cad. Saúde Pública**, 21 (4): 1260-1268, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/29.pdf>>.

CAPEWELL, S.; GRAHAM, H. Win cardiovascular disease prevention widen health inequalities? **PLoS Medicine**, 7(8):

e1000320. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2927551/pdf/pmed.1000320.pdf>>

CARNEIRO, T.S.; VASCONCELOS, K.E.L.; SILVEIRA, S.A.S. Família e políticas sociais: o Saúde da Família posto em questão. III Jornada Internacional de Políticas Públicas. **ANAIS**. São Luís - MA, 28 a 30 de agosto, 2007.

CASTIEL, L.D. **O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano**. Campinas: Papyrus, 1994.

CASTIEL, L.D. **A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Editora Fiocruz, 1999. 204 p.

CASTIEL, L.D. Utopia/atopia - Alma Ata, saúde pública e o "Cazaquistão". **R. Inter. Interdisc. INTERthesis**, Florianópolis, 9 (2): 62-83, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/download/1807-1384.2012v9n2p62/23515>>.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (4): 1088-1095, 2004. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Os_multiplos_sentidos_da_categoria_empowerment_no_projeto_da_promocao_da_saude.pdf>.

CEBALLOS, A.G.C. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde**. UNASUS/UFPE. Recife: 2015. 20p. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/3332/2mod_conc_saude_2016.pdf?sequence=1>.

CERETTA, D. R. et al. **Grupo de educação em saúde como**

ferramenta de trabalho com agentes comunitários de saúde: prevenção da hanseníase. Revista de Enfermagem, v.8, n. 8, p. 208-217, 2012. Disponível em: < <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/viewFile/487/888>>.

CHAINÇA, E. O conceito de conscientização nos parâmetros curriculares nacionais. **Dissertação** (mestrado). UNESP Araraquara. Programa de Pós-graduação em Educação Escolar. Araraquara: 2013. 66p. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/90256/chainca_e_me_arafcl.pdf?sequence=1>.

CHALHOUB, S. **Cidade febril - Cortiços e epidemias na Corte Imperial.** São Paulo, Companhia das Letras, 1996.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia.** 12º ed, São Paulo: Ática, 2001.

CHIARAVALLOTI NETO, F.; BAGLINI, V.; CESARINO, M.B. O Programa de Controle do Dengue em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil: dificuldades para a atuação dos agentes e adesão da população. **Cad. Saúde Pública**, 23(7): 1656-1664, 2007. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/17.pdf>>.

CHOR, D. et al. **Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4):887-896, jul-ago, 2001. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400022>. Acesso em: 12 de maio de 2016.

CHRISTAKIS, N. A. O poder das conexões: a importância do networking e como ele molda nossas vidas. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

COSTA, M.C.L. O discurso higienista definindo a cidade. **Mercator**, 12 (29): 51-67, 2013. Disponível em: <<http://www.mercator.ufc.br/>

index.php/mercator/article/viewFile/1226/522>.

COSTA NETO, M.M. Enfoque familiar na formação do profissional de saúde. **Olho Mágico** 6 (22): 5-9, 2000. Disponível em: <<http://www.uel.br/ccs/olhomagico/N22/enfoque.htm>>.

CUTTER, Susan L. The Vulnerability of Science and the Science of Vulnerability. **Annals of the Association of American Geographers**, 93 (1): 1-12, 2003.

CZERESNIA, D. Constituição epidêmica: velho e novo nas teorias e práticas da epidemiologia. **História, Ciências, Saúde**. Mangueiras, 8(2): 341-56, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v8n2/a03v08n2.pdf>>.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2**. World Health Organization Regional Office for Europe/WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health University of Liverpool. Studies on social and economic determinants of population health, N° 3. Copenhagen, Denmark: 2006. 137p. Disponível em <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/08/European-strategies-for-tackling-social-inequities.pdf>>.

DIEZ-ROUX, A.V. Multilevel analysis in public health research. **Annu. Rev. Public Health**. 2000. 21:171-92, 2000. Disponível em: <<http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.publhealth.21.1.171>>.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. Tradução de Schumann, B.A. Boitempo. São Paulo: 2008. 388p. Disponível em <<http://www.cpihts.com/PDF09/Classe%20Trabalhadora.pdf>>.

ENNE, A. L. S. Conceito de rede e as sociedades contemporâneas. **Comunicação e Informação**, 7: (264 - 273), 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v30n1/a09v30n1.pdf>>.

ESPÓSITO, M.E.B. **Capitalismo e urbanização**. Coleção Repensando a Geografia. Editora Contexto. São Paulo: 2000, 80p.

ESTADÃO. **Com crise, lentidão do trânsito em São Paulo tem maior queda em 6 anos**. 10 Agosto 2017. Disponível em: <<http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,com-crise-lentidao-do-transito-em-sao-paulo-tem-maior-queda-em-6-anos,70001930710>>.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 8ª Ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FERNANDES, W.R.; SIQUEIRA, V.H.F. Educação em saúde da pessoa idosa em discursos e práticas: atividade física como sinônimo de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 14(33): 371-85, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a11v14n33.pdf>>.

FONSECA, A. **Grupo, fugacidade, ritmo e forma: processo de grupo e facilitação na psicologia humanista**. Ágora. São Paulo: 1988.

FINGUERUT, Silvia; FERNANDES, Janaina de Mendonça. Planejando as cidades no século XXI. **Cadernos FGV**, 10 (24): 46-61, 2015.

FLEURI, S. Espaço, território e cidadania: a cidade dos cidadãos. Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Coimbra, 16-18 de Setembro de 2004. **ANAIS**. Fundação para Ciência e Tecnologia - FCT. Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Portugal, 2004. Disponível em: <<http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/ACFD527.pdf>>.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/jm5wd/pdf/fleury-9788575412428-03.pdf>>.

FOLLY, J.F.A. A mobilidade pensada sob a ótica dos transportes individuais não motorizados. In: I Congresso Internacional Espaços Públicos. **ANAIS**. Porto Alegre: Núcleo de Estudos da Cidade. Faculdade de Arquitetura e Urbanismos. PUCRS, 2015, p. 1-10.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 1ª ed. Trad. de Roberto Machado. Forense-Universitária. Rio de Janeiro: 1977.

FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**. 12ª ed. Rio de Janeiro. Graal: 1998.

FRACOLLI, L. A.; ALMEIDA, E. Z. de. Teoria e prática da promoção da saúde: as concepções dos agentes comunitários de saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 35(2):137-144, 2011. Disponível em: < http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/84/137-144.pdf>.

FREIRE, P. Conscientização e alfabetização uma nova visão do processo. **Revista de Cultura da Universidade do Recife**, 4:5-24, 1963. Disponível em: <http://forumeja.org.br/df/sites/forumeja.org.br/df/files/est.univ_.pdf>.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17ª Edição (23ª reimpressão). Editora Paz e Terra. Rio de Janeiro: 1987.

FREIRE, P. **Conscientização: Teoria e Prática da Libertação - Uma Introdução ao Pensamento de Paulo Freire**. 3ª Ed. São Paulo: Editora Moraes, 1980.

FUGIMOTO, G; SARMENTO, L. F. Redes comunitárias: parcerias para formação de capital social. Boletim Interfaces da Psicologia da UFRuralRJ - 1º Seminário - Ano 2007. Disponível em: < Boletim Interfaces da Psicologia da UFRuralRJ - 1º Seminário - Ano 2007>.

GADOTTI, M (Org.). **Alfabetizar e conscientizar**: Paulo Freire, 50 anos de Angicos. 1ª ed. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2014.

GEHL, J. **Cidades para pessoas**. São Paulo: Perspectiva, 2013.

GIBBON, E. **Declínio e queda do Império Romano**. Trad. José Paulo Paes. São Paulo: Companhia de Bolso, 2005.

GOES, M.C.R. A construção de conhecimentos: examinando o papel do outro nos processos de significação. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, 3(2): 23-29, 1995. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v3n2/v3n2a04.pdf>>.

GÓIS, C.W.L. **Psicologia comunitária - atividade e consciência**. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005.

GÓIS, C. W. L. **Saúde comunitária: pensar e fazer**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

GÓIS JUNIOR, E.; LOVISOLO, H.R. Descontinuidades e continuidades do movimento higienista no Brasil do século XX. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 41-54, 2003. Disponível em: <<http://www.oldarchive.rbceonline.org.br/index.php/RBCE/article/download/172/181>>.

GONDIM, G.M.M. Do Conceito de Risco ao da Precaução: entre determinismos e incertezas. In: FONSECA, A.F.; CORBO, A.M.D. (Org.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. P. 87-120. Disponível em: <<http://www.162>>

retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/documentos/territorio_e_o_processo_livro_1.pdf>.

GORDIS, L. **Epidemiology**. 5ª Ed. Elsevier/Saunders. Philadelphia: 2013.p. 416.

HANCOCK, Trevor; DUHL, Leonard J. **Promoting health in the urban context**. Copenhagen: FADL Publishers (WHO Healthy Cities Papers, Nº. 1). Copenhagen: 1986. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/101650/E87743.pdf>.

HENRIQUE, W. **A natureza na cidade**. Salvador. UFBA.2009, p. 186. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/3dz/pdf/henrique-9788523209117-08.pdf>>.

HERITAGE, Z.; DOORIS, M. Community participation and empowerment in Healthy Cities. **Health Promotion International**, Vol. 24 (suppl 1): i45-i55, 2009.

HOWARD, E. **Cidades-jardins de amanhã**. São Paulo: Hucitec, 1996.

INOUYE, K.; BARHAM, E. J.; PEDRAZZANI, E.S.; PAVARINI, S.C. L. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade Social. **Psicol. Reflex. Crit.** [online], 23(3) 582-592, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/prc/v23n3/19.pdf>>.

KAZTMAN, R. Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social. **5º Taller regional. La medición de la pobreza: métodos y aplicaciones**. México, DF: Cepal. p. 275-301, 2000. Disponível em: <<http://www.eclac.cl/deype/mecovi/docs/TALLER5/24.pdf>>.

KICKBUSCH, L. Promoción de la salud: uma perspectiva

mundial. In: **Promoción de la salud: una antología**. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 1996. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3318/Promocion%20de%20la%20salud%20una%20antologia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

KNEIB, Erika Cristine. Mobilidade urbana e qualidade de vida: do panorama geral ao caso de Goiânia. **Revista UFG** 13(12): 71-72, 2012.

LABONTE, R. Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad. In: OPS. **Promoción de la salud: una antología**. Organización Panamericana de la Salud/ Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud - OMS. Publicación Científica No. 557, 1996, p. 153-165.

LACOSTE, Y. **A Geografia - isso serve, em primeiro lugar, para fazer a guerra**. (tradução de Maria Cecília França). Editora Papirus, 1988.

LALONDE, M. **A new perspective on health of Canadians. Ottawa information**. Ottawa: Canadian Department of National Health and Welfare; 1974.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. McGraw-Hill, São Paulo: 1976.

LEITE, C. Inteligência territorial: cidades inteligentes com urbanidade. **Cadernos FGV**, 10 (24): 72-89, 2015.

LIMA, S.C. A geografia da promoção da saúde a partir de contextos territoriais. In: III Congreso Internacional de Geografía de la Salud, 2011, Toluca - México. **LIVRO**. Toluca, México: Editora da UAEM - Universidad Autónoma del Estado de México, 2011. v. 1. p. 1-15.

LIMA, S.C. Promoção da saúde a partir de contextos territoriais.
164

In: REMOALDO, P. C.; NOGUEIRA, H. (Org.) **Desigualdades socioterritoriais e comportamentos em saúde**. Edições Colibri, Lisboa. p. 31-46, 2013.

LIMA, S C. **Território e promoção da Saúde**. Paco Editorial. Jundiaí: 2016, 186p.

LOPES, F.N.; LANA, F.C.F. Participação popular no controle da hanseníase: um desafio para o serviço de saúde. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 23(2): 235-40, 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13113/12796>>.

MACIAZEKI-GOMES, R.C.; SOUZA, C.D.; BAGGIO, L.; WACHS, F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(5):1637-1646, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1637.pdf>>.

MADUREIRA, M.A. O indivíduo e a sociabilidade. **Verinotio - Revista On-line de Educação e Ciências Humanas**, 2, Ano I, 1-18, 2005.

MARANDOLA Jr., E.; HOGAN, D.J. Vulnerabilidade do lugar vs. Vulnerabilidade sociodemográfica: implicações metodológicas de uma velha questão. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, 26(2): 161-181 2009.

MARTELETO R. M. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ci. Inf.** v. 30, n. 1, p.71-81, 2001.

MARTINE, George. Situação da População Mundial 2007: Desencadeando o Potencial do Crescimento Urbano. Nova Iorque. UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas, 1997. Disponível

em <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2007.pdf>>.

MARTINS, A.L.M.; PIMENTEL, R.L.F. Em busca das origens da economia conservadora: Thomas Malthus, Nassau Senior e as poor laws de 1834. XIX Encontro Nacional de Economia Política, 03 a 06 de junho de 2014. **ANAIS**. Florianópolis: 2014. Disponível em: <<http://www.sep.org.br/downloads/ar/5895e3ab8e6c367233319cff>>.

MERRIMAN, J. **A comuna de Paris 1871: origens e massacre**. Tradução de Bruno Casotti. Ed. Anfiteatro. 2015, 400p. Disponível em: <<http://asfiles.com/42o>>.

MICHELOTTO, L. D. G. Expansão urbana e sustentabilidade: análise do setor leste de Uberlândia, MG. 2014. 164f. **Dissertação** (Mestrado em Geografia), Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2014.

MINAS GERAIS. **Boletim epidemiológico de monitoramento dos casos de Zika, Chikungunya e Dengue**. Secretaria de Estado da Saúde (SES-MG). Belo Horizonte: 2017. <http://www.saude.mg.gov.br/images/icones/Boletim_Aedes_03-07-2017_IMPrensa.pdf>.

MOYSÉS, S.T. Promoção da Saúde no Cenário Nacional e Internacional. **II Simpósio Internacional de Promoção da Saúde: Diálogo com os determinantes sociais em diversos cenários**. PUCPR. Escola de Ciências da Vida, 2017. Disponível em: <http://www.sips2017.eventos.dype.com.br/download/download?ID_DOWNLOAD=>>.

MOTOMURA, M.C.N.; SALVADOR, C.C.; KANASHIRO, M. Espaços caminháveis: análise dos 5Ds na cidade de Londrina. In: I Congresso Internacional Espaços Públicos. Porto Alegre, 2015. **ANAIS**. p. 1 - 10. Porto Alegre: Núcleo de Estudos da Cidade.

Faculdade de Arquitetura e Urbanismos. PUCRS, 2015, 1-10.

NEGREIROS, J. A. de. et. al. Estratégias de mobilização social e comunicação no enfrentamento da dengue no município de Sobral-CE. *SANARE*, Sobral, v.8,n.1,p.57-64,jan./jun. 2009. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/44/39>>.

NERI, A.L.; YASSUDA, M.S.; ARAÚJO, L.F.; EULÁLIO, M.C.; CABRAL, B.E.; SIQUEIRA, M.E.C.; SANTOS, G.A.; MOURA, J.G.A. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo Fibra. **Cad. Saúde Pública** [online], 29(4):778-792, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n4/15.pdf>>.

OLIVEIRA, C.M.; CASANOVA, A.O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):929-936, 2009.

OLIVEIRA, J. C. Mobilização comunitária como estratégia da promoção da saúde no controle dos *Aedes (aegypti e albopctus)* e prevenção da dengue no Distrito de Martinésia, Uberlândia (MG). Tese (Doutorado em Geografia). Uberlândia (MG): Universidade Federal de Uberlândia, 2012.

OMS. **Declaração de Alma Ata**. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>.

_____. **Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas**: no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar. Relatório do encontro internacional sobre a Saúde em Todas as Políticas. Adelaide, 2010.

_____. **Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas:** no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar. Adelaide, Austrália, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/portuguese_adelaide_statement_for_web.pdf>

_____. **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Rio de Janeiro, Brasil - 21 de outubro de 2011. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final_12-12-20112.pdf>

_____. **Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde - Resumo.** Organização Mundial da Saúde, 2015. 28 p. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>.

_____. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde.** Organização Mundial da Saúde. 2015, 28p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf>.

ONU BR. **Até 2050, um bilhão de pessoas viverão em cidades sem água suficiente, diz Banco Mundial.** Publicado em 20/03/2015 (atualizado em 09/04/2016). Organização das Nações Unidas: 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/ate-2050-um-bilhao-de-pessoas-viverao-em-cidades-sem-agua-suficiente-diz-banco-mundial/>>.

PAIVA, R. **O espírito comum: comunidade, mídia e globalismo.** 2ª Ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: MAUAD, 2003, p. 175.

PALÁCIOS, M. O medo do vazio: comunicação, socialidade e novas tribos. In: RUBIM, A.A. (Org.). **Idade mídia.** Salvador: UFBA, 2001.

PANCER, S.M.; NELSON, G. Enfoques de la promoción de la salud basados en la comunidad: guía para la movilización comunitaria. In: OPS. **Promoción de la salud : una antología**. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC: 1996. P. 166-182. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3318/Promocion%20de%20la%20salud%20una%20antologia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

PARRAT-DAYAN, S. A discussão como ferramenta para o processo de socialização e para a construção do pensamento. Educação em Revista, Belo Horizonte, v. 45. p. 13-23. jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/edur/n45/a02n45.pdf>>.

PAULO, R.F. O Desenvolvimento industrial e o crescimento populacional como fatores geradores do impacto ambiental. **Veredas do Direito**, v.7, n.13/14, p.173-189, 2010.

PAVLOVSKY, E.N. **Natural nidity of transmissible diseases**. Moscou. Peace Publishers. s.d

PERUZZO, Cicilia M. Krohling; VOLPATO, Marcelo de Oliveira. Conceitos de comunidade, local e região: inter-relações e diferença. **Líbero**. São Paulo, v. 12, n.24, p. 139-152, 2009.

PESSÔA, S. **Ensaio medico-sociais**. 2ª Ed. Coleção Saúde em Debates. CEBES - HICITEC. São Paulo: 1979, 380p. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Ensaio-medico-sociais.pdf>>.

PICKETT, K.E.; PEARL, M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. **J Epidemiol Community Health**, 55: 111-122, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1731829/pdf/v055p00111.pdf>>.

POLLAND, B. Health promotion in Canada: perspectives and future prospects. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 20(1): 3-11, 2007. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/26456697>>.

PONTING, Clive. **Uma história verde do mundo**. Rio de Janeiro. Editora Civilização Brasileira, 1995.

PROIETTI, F. A.; OLIVEIRA, L.O.; FERREIRA, F.R.; FERREIRA, A.D.; CAIAFFA, W.T. Unidade de Contexto e Observação Social Sistemática em Saúde: Conceitos e Métodos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 (3): 469-482, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n3/v18n3a06.pdf>>.

QUEIROZ FILHO, A.P. Sobre as origens da favela. **Mercator**, 10 (23): 33-48, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2736/273621468004.pdf>>.

REZENDE, JM. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina. In: **Dos quatro humores às quatro bases**. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. p. 49-53. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-05.pdf>>.

RICHARDSON, B.W. Hygeia, a city of health. **Hygeia**, 1(1): 3-17, 2005. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16836/9264>>.

RIO DE JANEIRO. **1904 - Revolta da Vacina: a maior batalha do Rio**. Rio de Janeiro. Secretaria Especial de Comunicação Social/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2006. 120 p. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4204434/4101424/memoria16.pdf>>.

RODRIGUES, A. B.; COSTA, N. M. C. A mobilização popular

e comunitária para a implantação de programas de educação ambiental. TEIAS: Rio de Janeiro, ano 3, nº 6, jul/dez, 2002

ROLNIK, Raquel. É possível política urbana contra a exclusão? In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, Editora Cortez, 72: 53-61, 2002.

RONZANI, T.M.; STRALEN, C.V. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Revista APS**, 6(2): 99-107, 2003. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Gerencia2.pdf>>.

ROSE, G. **The Strategy of preventive medicine**. New York. Oxford: 1992. 192p.

SANT'ANNA, R. M. Mobilidade e segurança no trânsito da população idosa: um estudo descritivo sobre a percepção de pedestres idosos e de especialistas em engenharia de tráfego. **Tese** (Doutorado em Engenharia de Transportes). Universidade Federal do Rio de Janeiro, COPPE, 2006, 195f.

SANTOS, A.I.; DIAS, C.; GONÇALVES, C.; SAKELLARIDES, C. **Estratégias Locais de Saúde**. Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Alto Comissariado da Saúde/Escola Nacional de Saúde Pública/UNL. 2010, p. 38. Disponível em: <<http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/09/ELS.pdf>>

SANTOS, F.H.; ANDRADE, V.M.; BUENO, O.F.A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, 14(1):3-10, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a02v14n1.pdf>>.

SANTOS, M. **A natureza do Espaço** - Técnica e Tempo. Razão e

Emoção. 4ª Ed. (2ª reimpr.). EDUSP. São Paulo: 2006. Disponível em: < http://files.leadt-ufal.webnode.com.br/200000026-4d5134e4ca/Milton_Santos_A_Natureza_do_Espaco.pdf>.

SAQUET, M.A. **Abordagens e concepções de território**. Expressão popular, São Paulo: 2007.

SASAKI, A.K.; RIBEIRO, M.P.D.S. Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil.

Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 8(28): 155-63, 2013. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/rbmfc8%2828%29664/568>>.

SEABRA, O.C.L. Territórios do uso: cotidiano e modo de vida. **Cidades**, v. 1, n. 2, p. 181-206, 2004.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(supl.): 243-251 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a25v10s0.pdf>>.

SERAPIONI, M. O desafio de avaliar a efetividade da participação cidadã em saúde. **ANAIS. XII Congresso Luso-Afro-Brasileiro, FCSH-UNL**, Lisboa, 01 a 05 de Fevereiro, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/1413-8123-csc-19-12-04829.pdf>>.

SILVA, L.J. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. **Cadernos de Saúde Pública**, 13: 585-593, 1997.

SILVA, K.L.; RODRIGUES, A.T. Ações intersectoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 63(5): 762-769, 2010.

SORRE, M. **Les fondements de la géographie humaine**. Primeiro tomo: Les fondements biologiques (Essai d'une *écologie* de l'homme). 3ª ed., revista e ampliada. Armand Colin. Paris: 1951.

SORRE, M. Complexos patogênicos e geografia médica (clássicos revisitados). **Hygeia**, 2(2): 2-14, 2006. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/download/16854/9280>>.

TALIBERTI, H.; ZUCCHI, P. Custos diretos do programa de prevenção e controle da dengue no Município de São Paulo em 2005. **Rev Panam Salud Publica**, 27(3), 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n3/a04v27n3.pdf>>.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. In: ROZENFELD, S. (Org.) **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 49-60. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-06.pdf>>.

TOMAÉL, M. I.; ALCARÁ, A.R.; DI CHIARA, I.G. Das redes sociais à inovação. **Ci. Inf.**, Brasília, 34 (2): 93-104, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19652005000200010>.

TÖNNIES, F. Comunidade e sociedade como entidades típicoideais. In: FERNANDES, Florentan (Org.). **Comunidade e sociedade: leituras sobre problemas conceituais, metodológicos e de aplicação**. São Paulo: Editora Nacional e Editora da USP, 1973. p. 96-116.

_____. Comunidade e sociedade: textos selecionados. In: MIRANDA, O. (Org.). Para ler Ferdinand Tönnies. São Paulo: Editora da USP, 1995. p. 231-342.

VALOURA, L.C. Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo

Empoderamento, em seu sentido transformador. In: **Residência social, um programa inovador da comunicarte**. 1ª Ed. Comunicarte. Ed.: Marcio Schiavo, 2016, p.20-31. Disponível em: <http://tupi.fisica.ufmg.br/michel/docs/Artigos_e_textos/Comportamento_organizacional/empowerment_por_paulo_freire.pdf>.

VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Revista de APS** 2(4): 20-28, 2000.

VAZ, L. F. Dos cortiços às favelas e aos edifícios de apartamentos: a modernização da moradia no Rio de Janeiro. **Análise Social**, 127 (581-597), 1994. Disponível em: <<http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223377187I6iYL2uw3Xe43QN7.pdf>>

VERAS, Renato Peixoto. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad. Saúde Pública**, 28(10):1834-1840, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001000003&lng=en&nrm=iso>.

VETTORE, M.V.; LAMARCA, G. Iniquidades sociais e a Epidemiologia do Curso de Vida: uma perspectiva que está para além das doenças crônicas. **Determinantes Sociais da Saúde. Portal e Observatório Sobre Iniquidade em Saúde**. 01/11/2012. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/opinioes/iniquidades-sociais-e-a-epidemiologia-do-curso-de-vida-uma-perspectiva-que-esta-para-alem-das-doencas-cronicas/>>.

VIEIRA, E.M.; XIMENES, V.M. Atividade comunitária e conscientização: uma investigação a partir da participação social. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.36, p.91-112, 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n36/n36a06.pdf>>.

VIEIRA PINTO, A. **Ideologia e desenvolvimento nacional**. 4ª Ed. Ministério da Educação e Cultura. Instituto Superior de Estudos Brasileiros (textos brasileiros de filosofia). Rio de Janeiro: 1960. 52p. Disponível em: <<http://revistaestudospoliticos.com/wp-content/uploads/2013/10/facsimile.pdf>>.

WESTPHAL, M.F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública – RAP**. Rio de Janeiro, FGV, 34 (6): 47-61, 2000. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/download/6347/4932>>.

WALSH, J.A.; WARREN, K.S. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. **N. Engl. J. Med.**, 301: 967-74, 1979. (republicado em **Soc. Sci. & Med.**, 14C: 145-163, 1980). <https://qmplus.qmul.ac.uk/pluginfile.php/153629/mod_book/chapter/3004/Walsh%20and%20Warren%20PHC.pdf>.

WHO. **Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS**. Fase VI (2014-2018) da Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS: objetivos e requisitos. 2013, 41p. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Byz7lgicvXA6ZDdFUVNTd3NKOXc/view?usp=sharing>>.

ZANELLA, A.V.; LESSA, C.T.; DA ROS, S.Z. Contextos Grupais e Sujeitos em Relação: Contribuições às Reflexões sobre Grupos Sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 15(1): 211-218, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a22v15n1.pdf>>.

ZANIRATO, S.H.; RIBEIRO, W.C. Patrimônio cultural: a percepção da natureza como um bem não renovável. **Rev. Bras. Hist.**, São Paulo, 26 (51): 251-262, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo>>.

br/pdf/rbh/v26n51/12.pdf>.

ZAMUDIO, M.G. **Teoría y guía práctica para la promoción de la salud**. Montreal: Unité de Santé Internationale, Université Montreal; 1998. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/102538239800500223>>



Sobre o livro

Formato: 15 x 21 cm
Tipologia: Book Antiqua
Papel: Offset 75 gr.