

**EVIDÊNCIAS DE EFETIVIDADE DO
PROJETO MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS
NO NORDESTE DO BRASIL:
O OLHAR DA GESTÃO**

**ORGANIZADORAS
Ronice Franco de Sá
Misa Nishida**

Recife, 2008

Editora Universitária da UFPE

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. Proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer meio ou processo, especialmente por sistemas gráficos, microfílmicos, fotográficos, reprográficos, fonográficos e videográficos. Vedada a memorização e/ou recuperação total ou parcial em qualquer sistema de processamento de dados e a inclusão de qualquer parte da obra em qualquer programa jus cibernético. Essas proibições aplicam-se às características gráficas da obra e à sua editoração.

Publicação promovida pelo Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil do Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social da UFPE em parceria com a Agência CONDEPE/FIDEM da Secretaria de Planejamento do Estado de Pernambuco e a JICA – Agência de Cooperação Internacional do Japão.

As opiniões aqui emitidas são de responsabilidade dos autores.

Organizadoras:

Ronice Franco de Sá – Misa Nishida

Preparação de texto:

Ronice Franco de Sá

Diagramação:

Leandro Castro

Impressão e acabamento:

Editora Universitária da UFPE

**FICHA
CATALOGRÁFICA**

Agradecimentos

A toda Equipe do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, particularmente a Edione, Mariza, Helena e Leandro que nos deram suporte, compreensão e condições de concluir esse trabalho a contento.

AUTORES

AISLAN QUEIROZ – Sociólogo. Na época do texto, estudante de Ciências Sociais da UFPE. Contato: aislanqueiroz@yahoo.com.br

ANA PAULA DE MELO - Psicóloga Sanitarista, aluna do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco (PIPASC/UFPE). Contato: annypy@hotmail.com

MASAMINE JIMBA – PhD em Saúde Pública (Escola Universitária de Medicina de Hamamatsu), Mestre em Saúde Pública (Instituto Nacional de Saúde Pública de Tokyo), Médico sanitário, Professor titular da Universidade de Tokyo em Desenvolvimento Comunitário Internacional. Contato: mjimba@m.u-tokyo.ac.jp

MILENA CAVALCANTI - Estudante da Graduação de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco. Contato: milenamoloc@yahoo.com.br

MISA NISHIDA – Nutricionista, Ph.D. em Ciências Médicas, pesquisadora do Bureau de Cooperação Internacional do Instituto Médico Central do Japão (IMCJ), Chefe da Equipe Japonesa do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil. Contato: misa86recife@yahoo.co.jp

PAUL PRÉVOST – PhD em Desenvolvimento Local, Economista, Professor titular da Universidade de Sherbrooke, Canadá. Contato: pprevost@usherb.ca

POLLYANNA FAUSTA PIMENTEL DE MEDEIROS - Assistente Social, Mestranda em Saúde Coletiva pelo Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PIPASC/UFPE. Contato: pollypimenta@yahoo.com

RAFAELA VASCONCELLOS - Estudante da Graduação de Comunicação Social/Jornalismo da Universidade Federal de Pernambuco. Contato: rafaela_melov@yahoo.com.br

RONICE FRANCO DE SÁ – Ph.D. em Educação (Universidade de Sherbrooke), M.Sc. em Administração da Saúde (Universidade de Montreal), Médica sanitária NESC / ENSP / Fiocruz) e do trabalho (UFPE). Diretora do Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento

Social da UFPE. Professora do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PIPASC / UFPE. Membro Titular da Academia Pernambucana de Medicina (cadeira 24). Contato: ronicefranco@hotmail.com

VERÔNICA ALVES – Socióloga. Na época do texto, estudante de Ciências Sociais da UFPE. Contato: veronicahalves@yahoo.com.br

TALITA GUEDES - Estudante da Graduação de Turismo da Universidade Federal de Pernambuco. Contato: talitapoliana@gmail.com

TRADUTORES

Do japonês para o português:

DIRCEU SATO – Advogado Formado em Direito pela Universidade Estadual de Maringá. Consultor Jurídico da JICA. Aprovado no Nível I do Exame de Proficiência da Língua Japonesa promovido pelo Ministério da Educação do Japão. Contato: dirceusato@uol.com.br

HELENA MIYUKI MAKIYAMA – Pedagoga, especialista em Educação Especial. Intérprete oficial do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil desde 2004. Contato: helenamakiyama@gmail.com

Do francês para o português:

RONICE FRANCO DE SÁ – Ph.D. em Educação (Universidade de Sherbrooke), M.Sc. em Administração de Serviços de Saúde (Universidade de Montreal), Médica sanitaria NESC / ENSP / Fiocruz) e do trabalho (UFPE). Diretora do Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social da UFPE. Professora do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PIPASC / UFPE. Membro Titular da Academia Pernambucana de Medicina (cadeira 24). Contato: ronicefranco@hotmail.com

SUMÁRIO

Apresentação	9
Djalma Agripino de Melo Filho	
1. Monitoramento dos nós críticos do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil	
Misa Nishida	
Ronice Franco de Sá	11
2. Monitoramento das relações interinstitucionais: realinhamento de papéis e novas pactuações	
Ronice Franco de Sá	25
3. Avaliação intermediária do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil realizada pela consultora Noriko Furutani	
Ronice Franco de Sá	35
4. Avaliação externa sob o enfoque do Desenvolvimento Comunitário Internacional	
Masamine Jimba e Ronice Franco de Sá	49
5. Avaliação sob o enfoque do Desenvolvimento Local	
Paul Prévost	53
6. Reflexões acerca da participação social e intersetorialidade no Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil	
Pollyanna Fausta Pimentel Medeiros e Ronice Franco de Sá	61
7. Promoção da Saúde: reflexões sobre a concepção dos Secretários Municipais do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil	
Ana Paula de Melo e Ronice Franco de Sá	79
8. Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil: impressões e relatos	
Milena Cavalcanti	
Rafaela Vasconcellos	
Talita Guedes	95
9. Avaliação como instrumento de aprendizagem para os estagiários do projeto municípios saudáveis no nordeste do Brasil	
Aislan Queiroz	
Verônica Alves	
Ronice Franco de Sá	103
Anexo 1: Record of discussions	113
Anexo 2: Project Design Matrix	131

APRESENTAÇÃO

Mais um “olhar” sobre o Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, desenvolvido nos municípios do Agreste Pernambuco, assume a forma de livro que trata das evidências de efetividade do próprio projeto. Por mais que se tente fugir dos grilhões e as armadilhas do modelo analítico, a tarefa de avaliar / monitorar projetos sempre envolve pretensões explicativas do tipo: quais os efeitos que podem ser atribuídos ao desenvolvimento daquela ação. Não há como se “livrar” de um questionamento desse tipo, pois o mesmo se vincula à causa eficiente, da matriz aristotélica de causas, e só ela, como salienta Agnes Heller, dá a “sensação do entendimento”: “x pôde ocorrer porque a, b e c aconteceram”. Todavia esse tipo de causa não é o único, nem tampouco o mais genuinamente científico. Há a causa formal que explica os fenômenos não por uma seqüência de acontecimentos, mas sim pela correlação de eventos dentro de uma estrutura: “x pôde ocorrer porque a era verdade”. E há ainda a causa final que explica os fenômenos pelos desejos e vontades: “x pôde ocorrer porque a, b e c queriam que x ocorresse”.

Os autores do livro, organizado por Ronice Franco de Sá e Misa Nishida, vislumbrando a efetividade do projeto, não adotaram apenas a perspectiva da causalidade eficiente, foram além, ora buscando a causa formal, ora a causa final.

O livro é constituído de nove capítulos que enfocam aspectos instigantes do projeto, como os nós críticos, as relações interinstitucionais e as pactuações entre atores.

Trata-se de uma reflexão que muito contribuirá com o desenvolvimento de estudos sobre avaliação de projetos vinculados à promoção de saúde.

Djalma Agripino de Melo Filho
*Médico, Jornalista, Docente Pesquisador do Núcleo de
Saúde Pública-UFPE*

MONITORAMENTO DOS NÓS CRÍTICOS DO PROJETO MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS NO NORDESTE DO BRASIL

Misa Nishida¹
Ronice Franco de Sá

1. Introdução

A missão de avaliação intermediária do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil (PMSNB), ocorrida em março de 2006, apontou seis nós críticos que deveriam ser monitorados de maneira a garantir o sucesso e a sustentabilidade da proposta no estado de Pernambuco.

Foram eles:

- a) Fortalecimento estrutural e funcional do Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social (NUSP) da UFPE;
- b) Fortalecimento da articulação entre o NUSP/UFPE e a Secretaria de Planejamento e Gestão do estado de Pernambuco, particularmente por meio da Agência Condepe-FIDEM;
- c) Ativação da difusão do PMSNB e de suas propostas no estado de Pernambuco;
- d) Estabelecer indicadores mensuráveis para o objetivo superior do Project Design Matrix (PDM) do PMSNB;
- e) Necessidade de propostas plausíveis para apoiar o voluntariado nos municípios-alvo;
- f) Fortalecimento da divulgação nacional e internacional do PMSNB.

2. Fortalecimento do NUSP /UFPE

A indicação da necessidade de fortalecer o NUSP tem relação direta com o alcance de um dos resultados do projeto: tornar o NUSP como Centro de referência em Municípios Saudáveis e Promoção da Saúde para o estado de Pernambuco e região nordeste.

¹ Traduzida por Helena Miyuki Makiyama.

Existe vontade política por parte da Reitoria da UFPE no sentido de fortalecer a estrutura do NUSP, haja vista a sua regulamentação como órgão suplementar da universidade e a demanda da inclusão do planejamento das atividades do NUSP no seu Plano Institucional.

A necessidade de recursos humanos é reconhecida. No entanto, esta não é uma situação exclusiva do NUSP. Várias unidades da universidade enfrentam o mesmo problema. Há um excesso de demanda de atividades para os professores que ministram várias disciplinas em cursos de graduação, pós-graduação, orientam estagiários de iniciação científica, residentes, mestrandos e doutorandos e não há um atrativo extra para que permaneçam no NUSP. Bolsas de produtividade seriam interessantes e inunções junto a FACEPE foram iniciadas.

A proposta da implementação de um movimento “Universidade Saudável” vem sendo discutida junto ao Vice-Reitor, que tem interesse particular em encabeçar o movimento, uma vez que se encantou com a idéia no seu intercâmbio no Japão, particularmente na Universidade de Juntendo.

A idéia vem ganhando maiores dimensões. Já houve consulta à responsável por este movimento no Paraná, a profa. Simone Moysés. De acordo com suas orientações, foi feito um levantamento na UFPE, sobre as iniciativas saudáveis que já vêm ocorrendo de forma fragmentada. Assim, passamos a tomar conhecimento do grupo MAIS (Música e Arte Integradas à Saúde) que atua no Hospital das Clínicas, do grupo Cultura da Paz, do Núcleo de Lazer existente no Núcleo de Educação Física, do grupo Nutrição e Envelhecimento, das atividades do Departamento de Serviço Social sobre Promoção da Saúde e Prevenção da Violência (desde o início em parceria com o NUSP), do Fórum Acadêmico “Pensando a Violência”, das atividades da Diretoria de Qualidade de Vida da Pró-reitoria de Gestão de Pessoas e Qualidade de Vida (PROGEPE), além de outras. Juntando esses grupos que já possuem desejos e atuações na área de promoção da saúde e os Diretórios Acadêmicos, pretende-se lançar o movimento durante a Semana de Comemoração ao Centenário da Imigração Japonesa, em julho de 2008. Faz parte da proposta, um curso de especialização em “Universidade Saudável e Promoção da Saúde” para os servidores da

UFPE, que tramita pela PROGEPE, a ser realizado pelo NUSP.

Em novembro de 2007, com a presença do perito Dr. Seiki Tateno, algumas propostas foram postas à mesa. Essas propostas devem obedecer ao critério de curto, médio e longo prazo:

a) Curto Prazo:

- Movimento Universidade Saudável – Vice-Reitor da UFPE, Diretoria de Qualidade de Vida da PROGEPE, Pró-Reitoria de Extensão (projetos de extensão no campus) e grupos já citados, curso de especialização;
- Mais apoio no gerenciamento do NUSP que busca trazer para dentro os princípios que difunde: vida saudável. Com a atual estrutura e a grande sobrecarga nas coordenações e membros-chave da equipe técnica, está havendo surgimento de *burnout* e doenças do stress.

b) Médio Prazo:

- Interiorização das atividades do NUSP por meio dos *campi* de Vitória de Santo Antão e de Caruaru. Vitória já está engajado no processo através de uma professora. Com a interiorização facilitariam bolsas de fixação de pesquisadores por meio da FACEPE;
- Participação num TCTP da JICA para difundir conceitos, metodologias e ações de Promoção da Saúde e de Municípios Saudáveis para América Latina e África de língua portuguesa.

c) Longo Prazo:

- Um curso de pós-graduação *strictu sensu* com o Laboratório de Imunopatologia Keizo Asami (LIKA) já em negociação junto a CAPES.
- Maior participação nos cursos do Departamento de Medicina Social.

Paralelamente, os esforços institucionais do NUSP para divulgar as suas atividades, resultaram em apoio do Ministério da Saúde, particularmente no financiamento do curso de Formação em Promotores de Municípios Saudáveis e Promoção da Saúde e na indicação do PROMATA para o NUSP realizar dois cursos, sendo o

primeiro de Gestão em Saúde (para gestores) e o segundo de Atualização para Conselheiros de Saúde, para todos os 43 municípios da Zona da Mata de Pernambuco.

O NUSP faz parte, ainda, do Projeto Ações Intersetoriais em Promoção da Saúde (AIPS), convênio entre a Associação Canadense de Saúde Pública (CPHA/ACSP), a Agência de Cooperação Internacional do Canadá (CIDA/ACDI), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Esse projeto visa fortalecer instituições locais que atuem na área da Promoção da Saúde no Brasil e escolheu as que seis que considerou mais promissoras no país: o NUSP/UFPE, a Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-Pr), a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), a Escola de saúde da Família Visconde de Saboya de Sobral-Ceará, a Universidade Federal de Goiás (UFG) e o grupo de Manguinhos ligado à ENSP. Os contatos foram iniciados em 2002, mas o projeto só foi iniciado em 2007.

Participa, ainda, como coordenação regional para o nordeste, de uma pesquisa nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde financiada pelo Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) do Ministério da Ciência e Tecnologia com a coordenação nacional da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).

3. Articulação NUSP / UFPE e Agência CONDEPE-FIDEM

O NUSP escreveu e propôs o Projeto em 1999 e precisou da parceria governamental do Estado de Pernambuco. A princípio, a Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Social (SEPLANDES) era a parceira do projeto por meio da Diretoria de Projetos Estratégicos. Com a Reforma Administrativa havida, toda a equipe que trabalhava na elaboração do PRODOC e do Project Design Matrix, por parte do Governo do Estado, foi exonerada das funções que exercia. Houve desmembramento entre Planejamento e Desenvolvimento Social e o PMSNB permaneceu na Secretaria de Planejamento.

Muitas negociações precisaram ocorrer no âmbito da própria JICA e o projeto só teve início em dezembro de

2003. Nesta ocasião, um mês antes do início do projeto, a Agência CONDEPE-FIDEM foi designada para assumir o papel do Estado no Projeto. A falta de uma trajetória prévia e de um alinhamento de papéis e funções provocou inúmeros atropelos entre as instituições envolvidas, uma vez que a articulação deveria necessariamente considerar as diferentes culturas organizacionais e os diferentes papéis que cada instituição deveria desempenhar no PMSNB, o que não ocorreu nos primeiros anos.

Um artigo escrito no primeiro livro do Projeto, finalizado em 2005, já alertava para essa dificuldade e para a urgente necessidade de alinhamento de papéis (FRANCO DE SÁ, 2006) e de colaboração, articulação e integração em torno de um objetivo comum, de forma complementar e convergente.

A missão de avaliação intermediária da JICA sabiamente propôs a existência de uma espécie de Comitê de pilotagem da gestão com reuniões quinzenais dos três dirigentes executivos (Diretora do NUSP, Diretora-Presidente da Agência CONDEPE-FIDEM e Chefe da Equipe Japonesa²). Houve incompreensão na época e a proposta foi rotulada de antidemocrática por alguns membros do Projeto, provocando a indisponibilidade de um dos membros de forma contínua.

No início de 2007 houve mudança dos dirigentes e de alguns membros tanto da Equipe Japonesa quanto da Agência CONDEPE-FIDEM, o que, de certa forma, promoveu a necessidade de se rediscutir a articulação necessária entre NUSP e Agência Estadual, conveniados brasileiros.

Contratou-se uma consultoria especializada em gestão³ para tornar evidente as especificidades institucionais e a definição de papéis. Houve boa vontade por parte de todos os dirigentes e a antiga proposta de haver um Núcleo Gestor se reunindo, discutindo, planejando e monitorando as atividades foi retomada, agora de forma comprometida e compartilhada.

² Equipe Japonesa = peritos ad-hoc que trabalham para a JICA e que estão diretamente e integralmente envolvidos no Projeto pelo período do contrato.

³ AJA Consultoria

A confusa organização interna por comitês e por grupos fixos, está sendo revista e reorganizada por produtos. Ficou especificado que cabe ao NUSP a responsabilidade com a formação dos participantes locais e das equipes técnicas, com a sistematização e teorização das práticas e das metodologias, com as pesquisas relativas ao projeto (inclusive as avaliativas), com a divulgação científica e com a manutenção da rotina do Projeto. Cabe à Agência Condepe-FIDEM ser o representante estadual, coordenar a difusão da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis junto às municipalidades, às diferentes Secretarias Estaduais e aos agentes afins, participar do planejamento da divulgação do Projeto junto às instâncias de interesse, observando, junto com o NUSP e a JICA, a elaboração do material de divulgação e zelando pela sua qualidade e adequação, cabe ainda colaborar com as iniciativas de desenvolvimento local iniciadas a partir do PMSNB.

4. Difusão estadual do PMSNB

Havia grande expectativa por parte de todos os membros do Projeto sobre a sua difusão. Existia uma prerrogativa anterior, por parte da Agência CONDEPE-FIDEM que só se pensaria na difusão a partir da existência de indicadores de sucesso, o que provocou muitas discussões sobre o significado do que sentido de “sucesso” para cada agente institucional. As discussões semânticas e conceituais impediam o planejamento de uma etapa que teria que ser cumprida por força de convênio: a difusão propriamente dita.

As evidências de efetividade, no entanto, começaram a aparecer, como: engajamento da população, maior sentido de pertinência, atividades que modificavam a rotina local, mudanças de hábitos e comportamento. Isto promoveu a necessidade de se retomar a questão da construção de um mecanismo de difusão e de compartilhar o que cada agente espera dessa etapa do projeto.

A consultoria contratada também promoveu o início desse debate e o mecanismo proposto está em vias de ser viabilizado. Será apresentado no IV Encontro da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis, em abril de 2008. Municípios que fazem parte da Mata Sul e Agreste num consórcio chamado COMAGSUL manifestaram desejo em

fazer parte da Rede, uma vez que São Joaquim do Monte já faz parte desse consórcio.

Integração concreta com outras atividades: a) Projeto Lixo Zero de Sairé junto com a empresa Phillips. A integração é iniciativa da própria população; b) PROEXT com artesanato de Barra do Riachão; c) PETI; d) PRONERA (Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária); Programa e Saúde da Família em Sairé e São Joaquim do Monte.

5. Indicadores para o Objetivo Superior do PDM: melhorar a qualidade de vida da população nas regiões onde for implementado o Projeto em Pernambuco.

Os avaliadores da JICA consideraram que os indicadores existentes para impacto não eram adequados, pois não permitem a mensuração do executado. Dessa forma, fez-se uma revisão no PDM e enviou-se um perito para atender à necessidade de encontrar um indicador que fosse capaz de evidenciar impacto na melhoria da qualidade de vida nas regiões onde o Projeto foi implementado, relacionando-os, evidentemente, ao PMSNB.

Optou-se por realizar uma avaliação de qualidade de vida que fosse capaz de ser comparada a uma outra ser realizada três anos após o término do Projeto. Como responsáveis ficaram Ronice Franco de Sá, Djalma Agripino de Melo Filho e Misa Nishida.

Propostas em estudo: Questionário de Qualidade de Vida da OMS, de Capital Social, Well-being, etc., onde fossem incluídas as categorias de equidade, participação, pertencimento, convivialidade. O protocolo está em vias de estudo.

6. Proposta concreta para o apoio contínuo das atividades de voluntariado da população, sobre a utilização de recursos humanos já existentes.

Antes do curso de formação de Promotores de Municípios Saudáveis e Promoção da Saúde realizado em 2007, por demanda do NUSP e apoio da JICA, a situação da sustentabilidade do projeto estava muito ameaçada, pois dos 25 supervisores e facilitadores que ainda atuavam em

março de 2007, 20 eram voluntários e 5 eram funcionários ligados à gestão municipal. Muitos saíram da cidade, mudaram de emprego, casaram, etc.

Assim, a missão de avaliação intermediária do Projeto havia recomendado não se trabalhar mais com voluntários, mas com a mão-de-obra existente na saúde. Além da proposta setorializar um projeto que tem por base a intersectorialidade e isso acarretaria numa imediata descaracterização do mesmo e no risco de resvalar num lugar-comum, as Secretarias Municipais de Saúde solicitaram que não se convoquem mais os Agentes Comunitários de Saúde para cursos ou atividades extras, pois os mesmos já estão sobrecarregados com excesso de demanda de trabalho e curso.

A solução proposta foi a realização do curso para 218 inscritos (180 da comunidade e 38 da gestão municipal). O curso terminou em novembro de 2007 com várias pessoas envolvidas na supervisão, facilitação e colaboração do PMSNB. O certificado da UFPE foi um forte fator de estímulo segundo ficou evidenciado nos levantamentos feitos.

O Ministério da Saúde, convidado para o encerramento do curso, aceitou apoiar a formação de mais 500 pessoas para o estado de Pernambuco, incentivando, assim, a expansão da RPMS. É preciso enfatizar que essa é uma experiência pioneira.

Na avaliação feita do curso, percebeu-se que a maioria dos participantes, particularmente os envolvidos com a gestão, estudantes ou outros profissionais, por estarem no próprio município tiveram pouco aproveitamento, pois saíam com frequência para resolver “questões urgentes”. Sugere-se, assim, que o curso, em sua maioria, seja realizado no próprio NUSP, de maneira a verificar se o aproveitamento melhora com a devida imersão e distanciamento do cotidiano que o momento de aula e de troca demandam.

Foram formados professores, secretários municipais, ACSs, donas-de-casa, estudantes, líderes, membros de Associações, etc.

7. Divulgação do Projeto

A divulgação possui diferentes níveis e, nesse ponto de vista, a contrapartida dos membros da universidade na

divulgação científica do projeto, merece destaque. São inúmeros os congressos, seminários, visitas, oficinas nacionais e internacionais onde o Projeto foi divulgado, muitas vezes, às expensas pessoais do membro da equipe. A saber, entre outros:

- VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia – Recife 2004;
- Seminário Japonês de Promoção da Saúde – Tokyo 2004;
- Congresso do Consórcio Inter-Universitário de Desenvolvimento Social Internacional (IUCISD) – Recife 2005;
- Visita à Rede Peruana de Municípios Saudáveis com apresentação do Projeto – julho 2006;
- 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Rio de Janeiro 2006;
- 11º Congresso Mundial de Saúde Pública – Rio de Janeiro 2006;
- Congresso da Rede das Universidades das Américas em Estudos e Pesquisas sobre Associativismo e Cooperativismo – Honduras – outubro 2006;
- 19a Conferência Mundial de Promoção da Saúde e Educação em Saúde – IUHPE /UIPES – Vancouver /Canadá – junho 2007;
- IV Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde – Salvador 2007.
- XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde – Salvador 2007.
- X Congresso Latino-Americano de Medicina Social – Salvador 2007.
- I e II Seminários de Efetividade em Promoção da Saúde da União Internacional de Promoção e Educação em Saúde (UIPES/IUHPE) – maio 2005 e maio 2008;
- Colóquio de Programas Locais e Regionais de Saúde – Bélgica – Abril de 2008;
- Congressos da Sociedade Brasileira para Avanço da Ciência (SBPC)
- Apresentação do Projeto junto a Equipe Internacional de Avaliação em Promoção da Saúde – Dra Louise Potvin da Universidade de Montreal;

- Apresentação do Projeto junto à Cátedra de Programas Comunitários da Universidade de Montreal – Professora Jocelyne Bernier;
- Apresentação e Consulta ao PhD em Desenvolvimento Local da Universidade de Sherbrooke – Prof. Paul Prévost;
- Diversas apresentações na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/PAHO);
- Divulgação no Boletim da Rede Latino-Americana de Municípios Saudáveis (OPAS);
- Participação com divulgação de diversas atividades na comunidade virtual da Rede Latino-Americana de Municípios Saudáveis;
- Participação no Curso de Avaliação Rápida em Promoção da Saúde- Profa. Lígia de Salazar (CEDETES -Colômbia);
- Participação no Curso à distância de Avaliação em Atenção Básica da Saúde do Instituto Materno-Infantil Professor Fernando Figueira;
- Apresentação do Projeto no Seminário Estadual (SP): Comunicação, Educação, Promoção em Saúde e Mobilização da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo a convite da Universidade de São Paulo (USP);
- Congressos de Extensão Universitária
- IV Fórum Nacional de Educação e Promoção da Saúde e II Seminário Nacional de Educação Popular em Saúde - Brasília
- Metodologia e mecanismos do projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil – Santa Cruz de la Sierra – Bolívia (fevereiro 2006 – com apoio da JICA)
- Divulgação junto à Rede de Língua Francesa em Promoção da Saúde (RÉFPIS);
- Divulgação junto ao COLUFRAS (Colóquio Luso-Francófono em Saúde);

Foram publicados dois livros (FRANCO DE SÁ *et al.*, 2006 e MELO FILHO *et al.*, 2007), um manual⁴, artigos em revistas científicas, sendo o mais importante, o artigo:

⁴ Manual do Método Bambu – Construindo Municípios Saudáveis, organizado coletivamente por equipe técnica do PMSNB em 2007.

Emergence Model of social and human capital and its application to the Healthy Municipalities Project in Northeast Brazil, publicado na Health Promotion International de dezembro de 2007 (YUASA *et al.*, 2007).

Demais meios de divulgação: a home-page do NUSP, desde 2005, serve para divulgar e para sediar o Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil. Agora, um link com a home-page da Agência Condepe-FIDEM está sendo providenciado e servirá para ampliar a divulgação e direcioná-la para as instâncias governamentais.

A home-page da JICA com versão em inglês vai servir para dar mais visibilidade ao projeto. Notas sobre o PMSNB saíram no boletim da Associação Municipalista de Pernambuco (AMUPE), da Rede Latino-Americana de Municípios Saudáveis, nos relatórios e documentos do Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (GT PS-DLIS da ABRASCO), da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, nos documentos do Projeto “Ações Intersetoriais em Promoção da Saúde”, parceria Brasil-Canadá, da qual o NUSP faz parte.

Houve divulgação em um programa inteiro do “Conexão Pernambuco” da TV Universitária da UFPE (canal aberto de grande audiência) dedicado à divulgação do Projeto.

A JICA produz os boletins do Projeto e o Correio da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis (RPMS), além de panfletos (feitos desde 2004). Pretende-se confeccionar novo material para ser usado na difusão da RPMS.

8. Considerações finais

O monitoramento apresentado mostra como a busca constante por evidências de (in)efetividade vão transformando o processo que influencia e é influenciado continuamente pelos contextos sociais, culturais, econômicos, políticos, históricos e geográficos. É esse processo, esse “como fazemos” que nos permite aprender, corrigir, rever, desistir, recomeçar a cada etapa dinâmica do Projeto. Nem sempre o aprendizado é ascendente, às vezes (muitas vezes) sentimos que estamos de volta ao ponto de início, mas nunca estamos de volta da mesma forma. Adotamos, há muito, a imagem da espiral que permite que cada um aprenda de onde está, com a bagagem que tem. Essa

imagem também nos permite compreender as grandes divergências de percepções sobre um mesmo tema, uma mesma controvérsia. Não seria a espiral como processo de trabalho, de reflexão e de aprendizagem uma controvérsia por si mesma?

Trevor Hancock, em recente passagem por Recife, por ocasião de uma apresentação no Seminário de Determinantes Sociais e Ações Intersetoriais em Saúde⁵, ao tratar da necessidade de novas competências para a gestão social e o desenvolvimento local, explicou que a maior e mais nova competência que pode-se pretender ter é compreender que cada processo é único, cada rota precisa do tempo que lhe é inerente, que deve-se agir como um navegador que tenta chegar a uma ilha, às vezes com tempo bom, às vezes com tempo adverso e arrecifes no trajeto, que é preciso respeitar o contexto, a destreza do navegador e o entorno, ou seja: navegar é preciso⁶.

9. Referências bibliográficas

FRANCO DE SÁ, Ronice. Coerência, colaboração, diálogo e integralidade de fora para dentro: o papel das instituições exógenas *In* Ronice Franco de Sá, Motoyuki Yuasa e Valdilene Pereira Viana. **Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil – Conceitos, Metodologia e Relações Institucionais**. Recife: Editora Universitária UFPE, 2006. p.59-72.

FRANCO DE SÁ, Ronice, YUASA, Motoyuki e VIANA, Valdilene Pereira. **Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil – Conceitos, Metodologia e Relações Institucionais**. Recife: Editora Universitária UFPE, 2006. 145 p.

MELO FILHO, Djalma A., FRANCO DE SÁ, Ronice e CHUMA, Junko. **Avaliação de capital social nas**

⁵ Acontecido de 17 a 20 de março de 2008, realizado pelo NUSP/UFPE com a promoção da Associação Canadense de Saúde Pública, da Agência de Cooperação Internacional do Canadá, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e da Escola Nacional de Saúde Pública.

⁶ “Preciso” enquanto necessário e “preciso” enquanto exato, adequado, correto.

áreas de abrangência do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil. 2ª edição, Recife: Bagaço, 2007, 181 p.

YUASA, Motoyuki, FRANCO DE SÁ, Ronice, PINCOVISKY, Sheilla e SHIMANOUCI, Norio. Emergence Model of social and human capital and its application to the Healthy Municipalities Project in Northeast Brazil, **Health Promotion International**, vol. 22 (4), 2007, p.292-298.

MONITORAMENTO DAS RELAÇÕES INTERINSTITUCIONAIS: REALINHAMENTO DE PAPÉIS E NOVAS PACTUAÇÕES⁷

Ronice Franco de Sá

1. Introdução

As relações interinstitucionais das organizações responsáveis pelo Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil (PMSNB) têm representado um ponto de preocupação e de debate nas avaliações feitas sobre o mesmo, desde 2005. Sabia-se que a falta de alinhamento de papéis e de pactuações explícitas e assumidas teria fator determinante na continuidade e sustentabilidade da proposta. A necessidade de uma escuta real do que cada parceiro pretendia e de compreender o que, de fato, cada um tentava expressar, representou um dos grandes desafios desse projeto que ousou tentar unir instituições com culturas organizacionais e sociais bastante distintas (FRANCO DE SÁ, 2006).

Por instituições parceiras, aqui, entendam-se somente as três instituições exógenas aos municípios e às gestões e parcerias locais, o que de fato, aumenta em muito o nível de complexidade das articulações necessárias à continuidade do PMSNB e da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis. Assim, aqui nos referimos ao Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social (NUSP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), à Agência CONDEPE-FIDEM (Ag. C-F) da Secretaria de Planejamento de Gestão do Estado de Pernambuco (SEPLAG), e à Equipe Japonesa do PMSNB contratada pela Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), com coordenação técnica do Instituto Central de Medicina do Japão (IMCJ).

Diante de mudanças nas coordenações e nas equipes de duas das instituições, havidas no início de 2006, e considerando-se a disponibilidade de todas as três de realinhar e rediscutir a participação de cada uma, decidiu-se seguir uma orientação

⁷ Texto baseado nas reuniões, oficinas, relatórios e produtos relativos à temática, e que foram, em sua maioria conduzidos e coordenados pela AJA Consultoria em Gestão, no período de 28 de novembro a 10 de março de 2008.

externa profissional e contratou-se a AJA Consultoria em Gestão para conduzir esse novo momento de pactuações e redefinição de papéis onde as *hidden agenda* (KIDWELL JR. & SCHERER, 2001) seriam reveladas e a confiança poderia ser estabelecida entre as parcerias. Fala-se em confiança como condição primeira e inequívoca de coerência para um projeto que tem por base o desenvolvimento e o fortalecimento do capital social e humano nos locais onde ele é implementado.

2. Processo prévio de trabalho

Reuniões havidas entre os gestores das instituições responsáveis pelo Projeto demonstraram a imediata necessidade de alinhar as funções e expectativas de cada organização a partir de um pacto inicial de deixar no passado possíveis incompreensões ou misturas de papéis, onde membros de todas os agentes tinham queixas, mágoas e reservas relativas, sem dúvida, à falta de um trabalho preparatório de delimitação de espaços e de exaltação da complementaridade entre cada uma das instituições. O enfoque afirmativo condizente com todo o trabalho desenvolvido pelo PMNSB até então, através do seu Método Bambu (MENEZES FILHO *et al.*, 2006) foi também enfatizado pelos novos dirigentes e pela consultoria contratada.

Estar atento às diferenças de cada instituição como trunfo, complemento, acréscimo, ganho comum passou a ser o *leitmotif* dessa nova etapa de trabalho. Dessa forma, um primeiro pacto afirmativo e focado na sustentabilidade, na equidade e na parceria real foi estabelecido para iniciar as atividades às vezes só com Núcleo Gestor (dirigentes das três instituições) e em outras ocasiões com Oficinas Ampliadas.

Ressalta-se que antes do início da consultoria propriamente dita, a empresa contratada participou de eventos do Projeto e procurou ler e conhecer as publicações feitas sobre o mesmo, tudo com a visão no futuro e sem questionamentos sobre a história relacional anterior.

3. Sistemática da reorganização do Projeto

Numa primeira reunião de trabalho do Núcleo Gestor com os consultores, cada instituição apresentou como via o papel da outra no PMSNB, bem como definiu quais os acordos de trabalho mais urgentes a serem estabelecidos. Essas decisões foram apresentadas para serem validadas na 1ª Oficina Ampliada.

A consultoria contratada pela JICA sempre trabalhou fazendo a relatoria de maneira simultânea por *notebook* e lendo cada item até que todos se expressassem. No início de cada reunião, os pontos da reunião anterior eram reapresentados para nivelar a informação e reavivar a memória dos presentes. Após cada reunião, todos os presentes recebiam os registros feitos. Todo o período da consultoria, os mesmos dois consultores participaram de todos os momentos, um relatando e coordenando a reunião e o outro observando e mediando as discussões.

Ressalta-se o empenho e dedicação de todos os que fazem o Projeto no sentido de reorganizá-lo e de deixar mais evidentes papéis, acordos, sistemáticas, processos e procedimentos futuros. A necessária mudança estratégica na condução do Projeto alicerçada na complementação de ações segue o proposto por Denis, Lamothe e Langley (2001), quando defendem a “constelação de papéis” em organizações plurais que necessitam de liderança coletiva compartilhada para mudar e compartilhar objetivos antes divergentes ou não discutidos. Os autores citados enfatizam a necessidade de monitoramento efetivo dessa liderança coletiva, observando que a mudança se processa gradualmente e que os efeitos das ações e das posturas políticas e gerenciais dos líderes são definidores do sucesso dessa constelação de papéis que se efetiva por meio de uma liderança coletiva e compartilhada.

Seguindo essa ordem de idéias, apresentamos os papéis que foram pactuados para cada uma das instituições do Projeto:

- a) Equipe Japonesa contratada pela JICA:
- Transferência de conhecimento e experiência;
 - Cooperação técnica e apoio financeiro;
 - Respaldo institucional (cartão de visitas) e promoção internacional⁸;
 - Visão diferente agregada à cultura local.
- b) NUSP / UFPE:
- Contribuição acadêmica e experiência científica como centro de referência;

⁸ Por tratar-se de proposta feita pela autora do presente texto, que fazia parte da reunião, cabe enfatizar que o termo “promoção internacional” foi sugerido como “necessidade de incentivar a promoção internacional do Projeto”.

- Capacidade logística de gerenciamento e operacionalização do projeto;
 - Capacitação contínua da equipe e formação de futuros profissionais;
 - “Isenção⁹” na ação local;
 - Articulação no ambiente universitário e no governo federal.
- c) Ag. Condepe-FIDEM da SEPLAG-PE:
- Conexão do Projeto com as diversas políticas públicas (municipais, estaduais e federais) e acesso às diversas instâncias na gestão pública;
 - Sustentabilidade e difusão do Projeto.

A Consultoria teve por objetivo geral apoiar o desenvolvimento de atividades de maneira a assegurar o alinhamento da equipe em torno da concepção e da ação do Projeto, reforçando a estrutura de coordenação e gerenciamento. Como objetivos específicos, ficaram consolidados os seguintes pontos (ARAÚJO e CABRAL, 2007):

- Análise da equipe sobre o Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil;
- Revisão e atualização do Plano de Ação, com ênfase na construção de mecanismos de difusão;
- Revisão e atualização da Organização e Gerenciamento do Projeto.

4. Acordos de trabalho

Nas reuniões com o Núcleo Gestor foram definidas alguns acordos de trabalho referendados pelo Grupo Ampliado (ARAÚJO E CABRAL, 2007). Foram eles:

- a. Sistemática de Trabalho:
 - i. Estabelecer mecanismo padronizado para realização das reuniões de projeto (pauta, ata, encaminhamento, responsável pela coordenação, responsável pelo registro...).
 - ii. Estabelecer a periodicidade e cumprir a programação de reuniões definida.

⁹ Do ponto de vista político-partidário.

- iii. Promover o acesso dos participantes às informações do Projeto e estreitar a comunicação entre a equipe.
 - iv. Definir um coordenador único para cada um dos grupos criados pela equipe atual da JICA. Estava proposto anteriormente um coordenador por instituição para cada grupo, o que efetivamente não deu resultado.
- b. Processo decisório:
- i. Pactuar o papel diferenciado de cada agente.
 - ii. Utilizar instrumento para avaliar e monitorar o andamento do Projeto ¹⁰ podendo utilizar também o Plano Operacional já existente.
 - iii. Realizar reunião mensal do Núcleo Gestor, com rodízio de local¹¹.
 - iv. Garantir a participação efetiva do Núcleo Gestor no planejamento e desenvolvimento das ações.
- c. Comunicação e Difusão:
- i. Ter uma política e um plano de comunicação para o Projeto, incluindo a participação dos municípios e dos supervisores.
 - ii. Definir estratégia para ampliação da rede (critérios, condições, forma, kits, responsabilidades, novos parceiros...).
 - iii. Produzir material adequado para a difusão do Projeto.
 - iv. Ter espaço para experiências êxitosas.
 - v. Tornar o Projeto conhecido dentro do Estado.
- d. Sustentabilidade e Articulação
- i. Identificar ações e programas no Governo Federal, Estadual, nos Municípios e

¹⁰ Nota da autora: Foi discutido, na ocasião que se poderia utilizar o Plano Operacional (P.O.) já existente.

¹¹ Nota da autora: Para garantir o monitoramento efetivo e a localização alternada das discussões relativas a processo decisório.

- organizações não governamentais a serem integrados ao Projeto.
- ii. Internalizar o Projeto no Governo do Estado e na Universidade, com vistas a incluí-lo na discussão de políticas públicas.
 - iii. Priorizar que a articulação no Estado seja pela Agência e no Governo Federal, pelo NUSP.
 - iv. Realizar iniciativas de forma conjunta (NUSP e Agência).
 - v. Estudar alternativas de captação financeira.
 - vi. Firmar parcerias com outros projetos e articulação para o fortalecimento institucional do Projeto e das equipes.

5. Viabilização dos acordos de trabalho

Foram estabelecidos responsáveis por cada acordo de trabalho discutido, ficando garantida a representatividade institucional, mas tendo um só responsável pela realização das propostas, que tem a função de convocar, cobrar, apresentar os resultados.

Dessa forma, para o acordo “Plano de trabalho e sistematização de reuniões¹²”, a chefe da Equipe Japonesa Misa Nishida apresentou uma proposta de reestabelecimento de rotina, particularmente das reuniões do chamado Comitê de Gerenciamento Geral (CGG), que têm a participação dos supervisores e facilitadores dos municípios. As reuniões deixaram de ter ata e as pautas vinham sendo apresentadas sem tempo suficiente para análise prévia por parte dos integrantes da reunião. Um dos problemas para deixar de haver registro da ata foi existir uma representação coletiva¹³ de que desempenhar o papel de relator(a), era um tarefa de “menor importância”, além do fato de ter sido motivo de vários desentendimentos entre as instituições, onde os entrevistados acreditavam que só uma era cobrada para desempenhar a tarefa.

Após a apresentação da Sra. Nishida, a primeira reunião do CGG¹⁴ teve coordenação e relatoria definidos. Um primeiro

¹² Antes denominado “Sistemática de trabalho”.

¹³ Foram feitas entrevistas com as pessoas que se negavam a executar a tarefa.

¹⁴ Acontecida em 11 de março de 2008.

formulário de registro foi proposto, mas precisou de alterações. Pretende-se, no momento, utilizar o formulário de ata de reunião que o NUSP registrava as reuniões do PROF AE (Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem), do qual era a Agência Regional para o Estado de Pernambuco. Cabe agora ao grupo responsável acompanhar o procedimento.

O segundo acordo de trabalho relaciona-se ao kit de difusão da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis. Uma proposta inicial foi construída por Rosane Salles e Toshihiro Nakajima e apresentada a todos pelo último. Algumas alterações foram propostas, ficando definido que a difusão acontecerá por etapas:

- a) Pré-contato – o município possui conhecimento sobre PMSNB (panfletos, etc.)
- b) Contato – Participa de Encontro da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis;
- c) Adesão 1 – Apresentação de carta de intenções por parte da Prefeitura com contrapartida do município que pode ser a adoção de uma atitude saudável concreta (ex.: plantio da árvore), a disponibilização de um espaço para o funcionamento do Projeto ou outros.
- d) Adesão 2- Cursos de formação em Municípios Saudáveis;
- e) Adesão final – Elaboração de Plano de Município Saudável, de plano de atividades e execução.

Propôs-se 3 tipos de Kit:

- Kit 1 – Panfletos, folhetos, vídeos do PMSNB. Garantir a qualidade desses produtos (devem causar impacto e ser atrativos);
- Kit 2 – Encontro de Rede: momento padronizado para os novos membros com um panfleto apresentando as modalidades de curso oferecidos.
- Kit 3 – Curso de Formação, Oficina Bambu, Manual Bambu.

Além disso, deve-se aprofundar a discussão sobre a forma de inscrição dos Municípios (cadastro, forma de adesão), bem como consolidar as características que o município deve ter para aderir ao projeto e incluí-los no material de divulgação e no documento formal. Incluir, como característica, que o município já tenha alguma iniciativa saudável

(ação ou política), que o próprio Projeto pode ajudar a identificar.

O terceiro acordo discutido foi a organização dos eventos para 2008 e a princípio, listou-se os seguintes:

- Reuniões do CGG – Mensal (2a. terça-feira do mês).
- Reuniões do Núcleo Gestor – Mensal com rodízio de local.
- Seminário Determinantes Sociais – 17 a 20/03.
- 4o. Encontro de Rede – 29/04.
- 5o. Seminário (23 de julho) e 5o. Encontro de Rede (24 de julho) – 21 a 25/07 (comemoração do Centenário da Imigração Japonesa).
- 6o. Encontro de rede – 30 de Outubro.
- Pesquisa de Avaliação do Projeto – Abril a Junho.
- Avaliação do Projeto (Missão JICA) – Agosto.
- Encerramento do Convênio com a JICA– Novembro.
- Lançamento dos livros nos Encontros de Rede e do livro do Plano Diretor de Bonito.
- Visita de Peritos – 13 a 27/03; Início de Julho; 18 a 29/07.

O quarto acordo diz respeito às capacitações previstas para 2008:

- Curso de Formação de Promotores de MS (180h) – 150 pessoas / para os 5 municípios e para os municípios do Comagsul. (NUSP)
- Curso de Agentes Locais sob a Garantia de Direito da Criança e do Adolescente (20h) – 125 pessoas / Para os cinco municípios. (Agência CONDEPE-FIDEM – Articular-se com a Unidade de Prevenção da Violência do NUSP que está trabalhando e oferecendo curso nos cinco municípios sobre a temática, financiados pelo Ministério da Saúde)
- 2 Cursos: MS - Promoção de Saúde e Qualidade de Vida, patrocinado pela PROEXT – 1 em Vitória e 1 no Coque. (NUSP)
- Curso de Gestores – Implementação de Planos Diretores e Gestão Municipal – para os cinco municípios (Agência)
- Especialização em Universidade Saudável (NUSP) – em discussão com o Vice-Reitor, a iniciar em Agosto (360h).

O quinto acordo tratou da comunicação do Projeto e definiu-se:

- Fazer planejamento para a comunicação e difusão do Projeto (Encontros de Rede, mídia geral, adotar uma linha editorial característica no boletim e no jornal da Rede PE de MS).
- Encaminhamento de uma reunião para elaborar plano de difusão do Projeto.

As recomendações gerais compreenderam:

- Não descuidar da rotina.
- Garantir a ação de acompanhamento e gestão do Projeto pelo Núcleo Gestor.
- Fazer uma priorização, se necessário, das ações previstas.
- Dividir as responsabilidades para otimizar o tempo: Agência se dedicar mais à difusão da Rede e o NUSP, mais à capacitação, divulgação científica e ao atendimento local nos municípios.

6. Considerações finais

De forma objetiva, transparente, tranqüila os atores de interesse puderam refletir, opinar, propor, contrapor sem atitudes defensivas ou ofensivas. O resultado da consultoria e dessa fase de trabalho foi muito produtivo, devido principalmente à boa vontade dos integrantes que participaram desarmados e abertos ao diálogo. Além da competência dos profissionais que pilotaram o processo, acredito que a liderança de cada instituição desempenhou papel fundamental nessa reorganização (DENIS *et al.*, 2001): houve abertura e escuta, houve vontade de trabalhar junto. As equipes sentiram-se amparadas, mas também perceberam que o Núcleo Gestor formava, de fato, um Núcleo, um tronco comum e que pactuava as decisões que eram apresentadas. Não houve espaço para interpretações errôneas, defesas, presunções de falas, o que reforça o papel primordial de um núcleo duro, de uma esfera decisória que abraça o Projeto e que entenda que o papel do gestor e da liderança coletiva numa articulação complexa alicerça-se, na verdade, numa “constelação de papéis” que precisa ser reavivada enquanto for do interesse de todos.

Pode-se falar que o apoio total dos tomadores de decisão foi fundamental fazendo com que os atores revissem seus

propósitos a partir da exposição de suas *hidden agenda*, suas missões e programas, de maneira a equilibrar as relações de poder dentro do Projeto. Os atores concordaram em expor suas posições por meio de pactuações e realinhamentos transparentes e se dispuseram a resolver os desentendimentos anteriores na busca de novas soluções. Caminha-se para que o próprio “processo de trabalho” seja visto como uma evidência de efetividade, como um resultado importante e como uma pré-condição para o sucesso (BERNIER, 2008).

7. Referências bibliográficas

ARAÚJO, Antonio Jorge e CABRAL, Elane. ***Apoio de Consultoria ao Gerenciamento do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil -Produto 1-Relatório de Atividades. 2007.*** (mimeo).

BERNIER, Jocelyne. Efetividade das Ações Intersetoriais. **Seminário de Determinantes Sociais e Ações Intersetoriais em Saúde.** Recife, 2008.

DENIS, Jean-Louis, LAMOTHE., Lise & LANGLEY, Ann. The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations *In The Academy of Management Journal* vol.44 (4). Aug. 2001. 809-837.

FRANCO DE SÁ, Ronice. Coerência, colaboração, diálogo e integralidade de fora para dentro: o papel das instituições exógenas *In* Ronice Franco de Sá, Motoyuki Yuasa e Valdilene Pereira Viana. **Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil – Conceitos, Metodologia e Relações Institucionais.** Recife: Editora Universitária UFPE, 2006. p.59-72.

KIDWELL JR., Roland & SCHERER, Philip M. Layoffs and their ethical implications under Scientific Management, Quality Management and Open-Book Management *In Journal of Business Ethics.* vol. 29 (1-2). Jan. 2001. 113-114.

MENEZES FILHO, Abel, FRANCO DE SÁ, Ronice e FREIRE, Socorro. Método Bambu *In* Ronice Franco de Sá, Motoyuki Yuasa e Valdilene Pereira Viana. **Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil – Conceitos, Metodologia e Relações Institucionais.** Recife: Editora Universitária UFPE, 2006. p.49-58.

AVALIAÇÃO INTERMEDIÁRIA DO PROJETO MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS NO NORDESTE DO BRASIL REALIZADA PELA CONSULTORA NORIKO FURUTANI

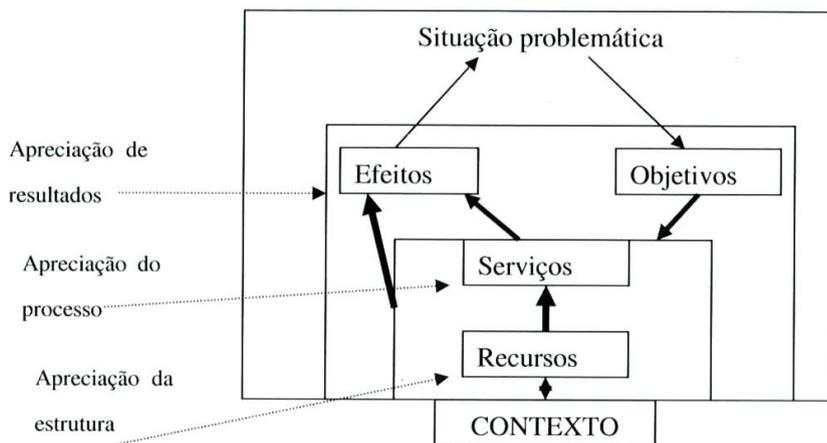
Ronice Franco de Sá¹⁵

1. INTRODUÇÃO

Por tratar-se, o Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, de projeto com cinco anos de duração, aos dois anos e oito meses de sua implantação, foi enviada pela Agência de Cooperação Internacional do Japão – JICA, uma avaliadora externa para verificar o andamento dos trabalhos e propor um plano de atividades para o período restante da cooperação. Segundo Conrandiopoulos *et al.* (1996) este tipo de avaliação caracteriza-se por ser uma avaliação normativa de apreciação da estrutura e do processo, pois verifica se os recursos estão empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados e se as atividades são adequadas para atingir os resultados esperados (ver figura 1). Essa avaliação foi proposta pelo agente cooperador internacional e foi apresentada aos membros do Comitê de Coordenação Conjunta do Projeto (CCCP) composto pelo Diretor, Vice-Diretor, Coordenadora, Vice-Coordenador, prefeitos dos municípios, membros da JICA, Agência de Cooperação Brasileira (ABC) e equipe japonesa do projeto.

¹⁵ Artigo redigido com base no Relatório da sra. Noriko Furutani escrito em japonês e traduzido por Dirceu Sato, em agosto de 2006.

Figura 1 – Avaliação Normativa de uma intervenção



Fonte: Contandriopoulos, Champagne, Denis e Pineault (1996)

2. METODOLOGIA

A avaliação aconteceu de 24 de julho a 9 agosto de 2006. Ao apreciar tanto a estrutura quanto o processo, a partir da verificação das ferramentas, dos recursos disponíveis, do contexto físico e organizacional e das atividades desenvolvidas, a avaliadora propôs uma adequação dos textos dos objetivos do projeto constantes no *Record of Discussion*¹⁶ (R/D). Assim, os Objetivos do Projeto e os Resultados foram corrigidos da forma abaixo apresentada:

¹⁶ Anexo 1.

Redação anterior	Nova redação
<p><u>OBJETIVO SUPERIOR</u> Melhorar a qualidade de vida da população da Região Nordeste do Brasil onde o "Municípios Saudáveis" for implantado</p>	<p><u>OBJETIVO SUPERIOR</u> Melhorar a qualidade de vida da população do Estado de Pernambuco onde o conceito "Municípios Saudáveis" for difundido.</p>
<p><u>OBJETIVO DO PROJETO</u> Estruturar mecanismo que possibilite a implantação conjunta do "Municípios Saudáveis" entre a população e o poder público local, através da organização democrática da população e cooperação intersetorial no Estado de Pernambuco.</p>	<p><u>OBJETIVO DO PROJETO</u> Estruturar mecanismo que possibilite a implantação conjunta do "Municípios Saudáveis" pela população e o poder público local no Estado de Pernambuco.</p>
<p><u>RESULTADO 0</u> Estrutura para gerenciamento do Projeto é implantada e em funcionamento.</p>	<p><u>RESULTADO 1</u> Aumenta a capacidade da UFPE e do Governo do Estado de Pernambuco de apoiar conjuntamente o "Municípios Saudáveis" nos municípios.</p>
<p><u>RESULTADO 1</u> Conceito e Metodologia de "Municípios Saudáveis" são assimilados, implementados e avaliados nos municípios-piloto.</p>	<p><u>RESULTADO 2</u> Aumenta a capacidade da população e do poder público local de implantar conjuntamente o "Municípios Saudáveis" nos municípios-piloto.</p>
<p><u>RESULTADO 2</u> Conceito e Metodologia de "Municípios Saudáveis" são difundidos para outras localidades, além dos municípios-piloto.</p>	<p><u>RESULTADO 3</u> Difunde o conceito e a metodologia do "Municípios Saudáveis" para outras localidades além dos municípios-piloto.</p>

Por tratar-se de uma avaliação do tipo normativa, seguiram-se critérios e normas pré-estabelecidos. Nesse caso, utilizou-se o documento "Linhas Básicas para Avaliação de Projeto da JICA – Edição Revisada" com base em (1) Planejamento Inicial do Projeto;

(2) Verificação da situação de execução do plano e desafios para o seu cumprimento e (3) cinco itens de avaliação (adequação, eficácia, eficiência, impacto e sustentabilidade).

Primeiramente, fez-se a revisão da Matriz do Desenho do Projeto¹⁷ (Project Design Matrix - PDM) que é a tabela que contém o resumo do mesmo. Em seguida, estabeleceram-se, com base no PDM, os itens de avaliação e realizou-se coleta de informação/análise para cada item. Diante desses resultados, o Comitê de Coordenação Conjunta do Projeto propôs algumas recomendações para uma melhor implementação do Projeto. Ao final, foi redigida a Minuta.

3. CORREÇÃO DA MATRIZ DO DESENHO DO PROJETO (PDM)

Como resultado das discussões, foram realizadas correções no PDM, conforme segue. As alterações não modificaram o conteúdo do Projeto, mas tiveram como objetivo expressá-lo de forma a facilitar a compreensão tanto pelo Brasil quanto pelo Japão.

(1) ALTERAÇÃO NA EXPRESSÃO DO OBJETIVO DO PROJETO

- 1) Foi retirada a seguinte expressão da frase do Objetivo do Projeto "...através da organização democrática da população e cooperação intersetorial...", pois isto constitui um meio para atingir o Objetivo do Projeto e será demonstrado na fase dos Resultados. Assim, procurou-se evitar a repetição tornando a frase mais simples e fácil de compreender.
- 2) Para tornar a expressão "Municípios Saudáveis" mais clara, colocou-se a seguinte observação: "Municípios Saudáveis" quer dizer desenvolvimento local onde a população e o poder público, em conjunto, a partir da valorização das suas potencialidades, são capazes de promover a Qualidade de Vida (baseado no conceito original construído por Leonard Duhl e Trevor Hancock, em 1986).

(2) ALTERAÇÃO DA NUMERAÇÃO E EXPRESSÃO DOS RESULTADOS.

- 1) O Resultado "Estrutura para gerenciamento do Projeto é implantada e está em funcionamento" existia com a numeração "0", pois acabaria ao final dessa cooperação. No entanto, isto é parte da capacidade dos dois órgãos contrapartes (UFPE e

¹⁷ Anexo 2.

Governo do Estado de Pernambuco) e surge como Resultado da execução das atividades, devendo continuar após o encerramento da cooperação de cinco anos. Assim, a expressão foi alterada para “Aumenta a capacidade da UFPE e do Governo do Estado de Pernambuco de apoiar os “Municípios Saudáveis” nos municípios”. A numeração também foi alterada de “0” para “1”.

- 2) A expressão “Conceito e Metodologia do ‘Municípios Saudáveis’ são assimilados, implementados e avaliados nos municípios-piloto” era do Resultado 1 e indicava o fortalecimento da capacidade global para a realização de “Municípios Saudáveis”. No entanto, parte dela está incluída no novo Resultado 1 acima citado, que fala sobre o fortalecimento em nível de estado. A capacidade exigida para a realização do “Municípios Saudáveis” e que não está incluída no Resultado 1 é o fortalecimento da capacidade no âmbito do município e da comunidade. Esta foi contemplada como Resultado 2 com a seguinte expressão: “Aumenta a capacidade da população e do poder público local de implantar conjuntamente o ‘Municípios Saudáveis’ nos municípios-piloto.”.
- 3) O Resultado em relação à difusão, anteriormente Resultado 2, foi alterado para expressar, de forma precisa, as atividades que serão desenvolvidas doravante.

(3) ALTERAÇÃO DE PARTE DO OBJETIVO SUPERIOR

O Objetivo Superior expressa o efeito que se espera do Projeto de três a sete anos após o seu encerramento. Esperar que o “Municípios Saudáveis” seja difundido nos nove Estados que compõem a Região Nordeste do Brasil e melhore a qualidade de vida dos seus moradores não seria realista, pois as atividades do Espaço Bambu nos cinco municípios-piloto ainda estão em fase inicial. Dessa maneira, foi acordado entre as partes envolvidas que deveria-se restringir o alcance do Projeto, mudando a expressão “Região Nordeste do Brasil” para “Estado de Pernambuco”. Ainda assim, os envolvidos deverão buscar a ampla difusão do “Municípios Saudáveis”, sem se restringir ao Estado de Pernambuco. No entanto, o Objetivo Máximo não teve alteração, pois a longo prazo a Região Nordeste do Brasil continua sendo a meta.

(4) DEFINIÇÃO DOS INDICADORES CONCRETOS

Para realizar uma avaliação mais objetiva do projeto, optou-se por modificar o PDM que era impreciso e não tinha metas quantitativas, como a JICA preconiza. Assim, buscou-se escolher indicadores simples e de fácil compreensão, sendo estes definidos consensualmente da seguinte forma:

Indicadores para o Objetivo do Projeto:

1. "Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis" está em funcionamento.
2. Mais de um município, além dos municípios-piloto, inicia a implantação de "Municípios Saudáveis"

Indicadores para o Resultado 1:

- 1-1. É possível garantir orçamento necessário para apoiar atividades dos "Municípios Saudáveis"
- 1-2. São realizadas reuniões periódicas de articulação entre a Universidade Federal de Pernambuco e o Governo do Estado. Durante o período da cooperação, essas reuniões ocorrem no Comitê de Coordenação Conjunta e no Comitê de Gerenciamento Geral.
- 1-3. São produzidos mais de 10 vídeos /manuais de instrução que explicam, de forma sistemática, as atividades dos "Municípios Saudáveis".
- 1-4. Aumenta a avaliação positiva em relação à capacidade de apoio da Universidade Federal de Pernambuco e do Governo do Estado de Pernambuco ao "Municípios Saudáveis" entre as pessoas envolvidas no Projeto nos municípios-piloto.

Indicadores para o Resultado 2:

- 2-1. Facilitadores e Supervisores capacitados estão, em média, há mais de um ano em atividade.
- 2-2. Aumenta o número de atividades espontâneas (Atividades Bambu) nas comunidades.
- 2-3. Aumenta o número de ações realizadas nos Espaços de Articulação e Promoção de Políticas Públicas Saudáveis (EAPPPS ou Espaços Bambu)

Indicadores para o Resultado 3:

- 3-1. Aumenta o número de municípios que participam da "Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis".

3-2. Aumenta o número de ações do Governo do Estado de Pernambuco nos municípios que praticam o “Municípios Saudáveis”.

Quanto aos indicadores do Objetivo Superior, não houve uma definição final. Os mesmos deverão ser discutidos entre as partes envolvidas durante o segundo período do Projeto, para, ao final, ser aprovado pelo Comitê de Coordenação Conjunta. Uma sugestão consensual entre as partes é introduzir, de alguma forma, uma expressão que capte o aumento do grau de interesse pela saúde e de satisfação com a vida por parte da população.

4. SITUAÇÃO ATUAL E REALIZAÇÕES DO PROJETO

4-1 ATIVIDADES REALIZADAS

As atividades verificadas neste momento de avaliação intermediária estão sendo implementadas de acordo com o planejado.

4-2 SITUAÇÃO DE CONSECUÇÃO DOS RESULTADOS

Durante a avaliação, percebe-se que os Resultados surgem paulatinamente. No entanto, o Resultado 3, requer uma maior dinamização de suas atividades.

(1) Resultado 1

Neste momento da avaliação intermediária, pode-se concluir que a capacidade da UFPE e do Governo do Estado de Pernambuco em apoiar de forma participativa o “Municípios Saudáveis” nos municípios aumenta.

Como justificativa, pode-se citar a participação periódica da UFPE e do Governo do Estado no Comitê de Coordenação Conjunta do Projeto e no Comitê de Gerenciamento Geral, que realiza reunião de articulação uma vez por mês (indicador 1-2). Além disso, houve a elaboração do “Manual da Prática Bambu para as Comunidades”, para a prática da Metodologia Bambu. O registro das imagens da oficina de capacitação de facilitadores, supervisores e outros está disponível como meio de apresentação da prática de capacitação de pessoal (vídeo). Já está em andamento a elaboração de vídeos e manuais explicativos sistematizados sobre “Municípios Saudáveis”, com base no arquivo de imagens das atividades realizadas (indicador 1-3).

Neste trabalho de levantamento, não foi possível conseguir dados que demonstrem o aumento da avaliação positiva em

relação à capacidade de apoio da Universidade Federal e do Governo do Estado ao "Municípios Saudáveis" entre as pessoas envolvidas no Projeto nos municípios-piloto (indicador 1-4). No entanto, a motivação dos facilitadores, supervisores e outros na realização de suas tarefas nos municípios comprovam o fortalecimento da capacidade de apoio da UFPE e SEPLAN.

(2) Resultado 2

Pode-se concluir que nos cinco municípios-piloto há uma elevação da capacidade de implementação do "Municípios Saudáveis" pela população e gestão municipal em conjunto. As justificativas são:

Devido ao fato de ter decorrido apenas um ano e poucos meses após a capacitação dos facilitadores, supervisores e outros, não foi possível determinar um número para o indicador (2-1). No entanto, percebe-se que os facilitadores, supervisores e outros demonstram-se motivados para desenvolver atividades em seus municípios, e o fazem com muito prazer, mesmo que alguns facilitadores tenham desistido de suas funções, por razões as mais diversas.

As atividades espontâneas realizadas nas comunidades já contam com duas atividades concluídas, cinco atividades em fase de planejamento e cinco em fase de execução. A tendência é o aumento do número de atividades espontâneas (Atividades Bambu) nas comunidades.(indicador 2-2). Além disso, há possibilidade de aumento das ações do Espaço para Articulação e Promoção de Políticas Públicas Saudáveis (EAPPPS ou Espaço Bambu), instalados recentemente. Atualmente dezoito ações em planejamento, tende a aumentar agora que o EAPPPS entra na fase efetiva de funcionamento. (indicador 2-3). Nessas atividades incluem-se exemplos que demonstram o funcionamento da cooperação intersetorial com realização concreta da articulação entre as secretarias de agricultura, saúde e educação, entre outros.

(3) RESULTADO 3

Espera-se que, com a implementação das atividades para alcançar o Resultado 3, melhor definido entre as partes nas discussões realizadas durante esta avaliação, o conceito e a metodologia do "Municípios Saudáveis" difundam-se até o final do projeto, para áreas além dos municípios-piloto.

Nesta fase da avaliação intermediária, não foi possível verificar o número de municípios (indicador 3-1) que participaram da "Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis", pois a mesma

ainda não está instalada. No entanto, cinco municípios circunvizinhos já expressaram interesse em adotar “Municípios Saudáveis”, entre eles, Olinda e Recife. A partir desse fato, pode-se concluir que o número de municípios que participarão futuramente da rede tende a crescer. Levando-se em conta que o “Municípios Saudáveis” já está incorporado no plano estratégico de desenvolvimento do Governo do Estado, o número de investimentos do Governo do Estado nos municípios que estão implantando o “Municípios Saudáveis” também pode aumentar. (indicador 3-2)

4-3 POSSIBILIDADE DE ATINGIR O OBJETIVO DO PROJETO

Considera-se que até o término da cooperação, o mecanismo para a realização do “Municípios Saudáveis”, de forma conjunta entre a população e gestão local, estará estruturado no Estado de Pernambuco. A justificativa é a seguinte:

Em primeiro lugar, os Resultado 1 e 2 estão sendo alcançados. Concretamente, a comunidade tem compreensão profunda sobre o conceito “Municípios Saudáveis”; os atores locais (facilitadores, supervisores, etc...) estão trabalhando com muita motivação com a população, gestão local e a UFPE/Governo do Estado. Inicia-se atividades para melhorar a saúde e a qualidade da vida da população local, com o aproveitamento do potencial da comunidade. Através da cooperação intersetorial, a capacidade de articulação no município está se fortalecendo com o funcionamento do mecanismo: efeitos concretos estão aparecendo como consequência das atividades realizadas. A capacidade de apoio do Estado ao município está se fortalecendo, demonstrando que o mecanismo está funcionando também neste nível. Em segundo lugar, será instalada a “Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis” para troca de informações (indicador 1) como resultado das atividades do Resultado 3 (confirmado entre as partes durante esta avaliação) Como resultado, aparecerão vários municípios (indicador 2), além dos municípios-piloto, que aderem ao “Municípios Saudáveis”.

4-4 PROCESSO DE EXECUÇÃO

Considerando as mudanças de contexto em todas as instâncias envolvidas no Projeto e a falta de maior detalhamento no planejamento operacional, houve atraso no início das atividades, inclusive quanto a sua forma de implementação, mas parece ter

praticamente retornado ao cronograma original.

Apesar do alto espírito de apropriação do Projeto por parte dos órgãos contrapartes, ainda há comitês que não estão funcionando satisfatoriamente, devido, principalmente, à não reposição do pessoal após a retirada do contraparte alocado no início do Projeto. Como resultado, o sistema de monitoramento não está funcionando a contento, existindo situações em que nem sempre consegue responder com rapidez desejada aos diversos problemas surgidos na execução do Projeto.

Com o funcionamento do Comitê de Gerenciamento Geral (CGG), há articulação entre as três instituições responsáveis pelo Projeto.

Apesar de existir diferenças fundamentais quanto à natureza do serviço, posição e modo de pensar da CONDEPE/FIDEM e da UFPE, há a comunicação necessária para a implementação do “Municípios Saudáveis”.

5 RESULTADOS COM BASE NOS 5 ITENS DE AVALIAÇÃO.

5-1 ADEQUAÇÃO

O presente Projeto é considerado adequado, pois está alinhado com as diretrizes do Governo do Estado, tendo sido o “Municípios Saudáveis” incluído no seu planejamento estratégico para o desenvolvimento e com a política da UFPE de se articular com a sociedade. Além disso, ele está de acordo com a demanda da população dos municípios-piloto e em sintonia com as diretrizes do Japão para a cooperação com o Brasil.

5-2 EFICÁCIA

Pode-se concluir que a eficácia, neste momento de avaliação intermediária, é elevada, devido à alta possibilidade de alcançar-se o Objetivo do Projeto. Houve a elevação, tanto da capacidade do NUSP e do CONDEPE/FIDEM de apoiar, conjuntamente, o “Municípios Saudáveis” (Resultado 1), quanto da população e da gestão local na implantação conjunta do “Municípios Saudáveis” nos municípios-piloto (Resultado 2). No entanto, a avaliação final da eficácia só poderá ser feita após verificar-se o grau de contribuição do Resultado 3 para atingir o Objetivo do Projeto até o final da cooperação.

5-3 EFICIÊNCIA

Pode-se concluir que a eficiência é elevada, devido ao fato da UFPE e SEPLAN estarem utilizando satisfatoriamente os

equipamentos doados e levando em conta que os estágios no Japão estão surtindo efeito e contribuindo para a implementação do Projeto.

5-4 IMPACTO

O Objetivo Superior é um impacto positivo planejado. Durante a avaliação, foi possível verificar que o Projeto está avançando no sentido de alcançar o Objetivo Superior, pois já começam a aparecer mudanças na qualidade de vida dos moradores da comunidade. Um exemplo foi a limpeza do esgoto da comunidade, atividade do “Municípios Saudáveis” que contribuiu diretamente para a melhoria da sua condição de saúde.

Os contrapartes reconfirmaram a importância da cooperação intersetorial e da sinergia entre a população e a gestão para a redução da desigualdade social na Região Nordeste do Brasil.

Impactos negativos não foram observados.

5-5 SUSTENTABILIDADE

Para garantir a sustentabilidade é necessário enfrentar os desafios abaixo apresentados:

Na comunidade, o espírito de apropriação do Projeto por parte da população é elevado. A ferramenta (Método Bambu) utilizada no mecanismo é uma técnica de fácil aceitação, que considera o cotidiano das pessoas. Presume-se que a sustentabilidade tenda a aumentar com a implementação das atividades e com a experiência que vão vivenciar ao colher os frutos de suas ações. No entanto, no mecanismo “Municípios Saudáveis”, as atividades dos atores locais são voluntárias. Este fato, por um lado, constitui-se em ponto forte, pois garante a sustentabilidade do Projeto, já que os atores não dependem das políticas governamentais. Por outro lado, traz dificuldades, principalmente no momento de conciliar as atividades profissionais de cada um com as atividades do “Municípios Saudáveis”, devido, principalmente, à falta de tempo (desafio nº 1). A UFPE e o Governo do Estado dão apoio à comunidade e à gestão local e não possuem problemas de sustentabilidade sob o ponto de vista político e organizacional. No entanto, a UFPE precisa apoiar ainda mais o esforço do NUSP em se estruturar enquanto organização que visa a abordagem multidisciplinar e integra as atividades de ensino, pesquisa e extensão de forma orgânica. Em relação à sustentabilidade financeira, inclusive alocação de recursos humanos, é necessário uma atenção especial daqui para frente. Concretamente, o número de contrapartes do NUSP é reduzido em

comparação às atividades demandadas pelo Projeto. Caso providências não sejam tomadas, a sustentabilidade será comprometida. (desafio nº 2).

O Governo do Estado procura garantir a sustentabilidade através do envolvimento de outros programas estaduais nos “Municípios Saudáveis” (desafio nº 3).

A articulação entre a UFPE e o Governo do Estado, manifestado através deste Projeto, já está começando a surtir efeitos, mas à custa de grandes esforços de ambas as partes.

Assim, a continuidade deste esforço pela articulação e o seu fortalecimento para a implementação do “Municípios Saudáveis” entre a UFPE - que tem a missão de contribuir com o desenvolvimento da comunidade local - e o Governo do Estado - que está implementando uma gestão participativa descentralizada - é extremamente importante para a sustentabilidade do mecanismo eficaz (desafio nº 4).

5-6 FATOR PROMOTOR/FATOR IMPEDITIVO DO APARECIMENTO DOS EFEITOS

Como fator promotor, podemos citar em primeiro lugar a forte vontade dos facilitadores, moradores e articuladores da comunidade local em promover mudanças. Em segundo lugar, o fato da comunidade ter escolhido líderes locais como atores sociais (facilitadores, etc...). Em terceiro lugar, por ter adotado estratégia de agir, enfatizando sempre o lado positivo. Por último, vale ressaltar o efeito do estágio no Japão nos participantes e, particularmente, nos prefeitos. Estes têm grande influência na preparação de ambiente favorável à execução das atividades do “Municípios Saudáveis”, apoiando os facilitadores, supervisores e outros.

Por outro lado, um fator impeditivo é a tradição política da Região Nordeste do Brasil. Ainda que o Projeto não interfira neste aspecto, existem moradores que acham que participar deste Projeto sob a administração da atual gestão (atual prefeito) tem significado político-partidário e parte deles sentem-se inibidos em fazer parte de suas atividades. Isto tem-se constituído em fator impeditivo à estruturação do mecanismo do “Municípios Saudáveis” onde a participação popular é imprescindível.

6 CONCLUSÃO

Embora as atividades comunitárias estejam em fase incipiente de execução, os Resultados para alcançar o Objetivo do Projeto já estão aparecendo. Pode-se afirmar que as atividades

estão sendo implementadas em busca do Objetivo do Projeto. Em primeiro lugar, o mecanismo de implementação do “Municípios Saudáveis” é compreendido profundamente na comunidade; em segundo lugar, os resultados que estão surgindo provam que o mecanismo funciona; em terceiro lugar, o mecanismo de apoio à comunidade local por parte do município (gestão local) está estruturado; em quarto lugar, existe articulação entre a Universidade e o Governo do Estado, e entre estes atores com a gestão e comunidade local.

O Projeto é adequado, a eficácia e a eficiência do Projeto são elevadas e já estão surgindo impactos positivos na comunidade. Quanto à sustentabilidade, esta poderá ser alcançada, se satisfeitas as condições já expostas.

7 RECOMENDAÇÕES

Recomenda-se buscar soluções para os seguintes pontos, em busca da sustentabilidade do Projeto:

- (1) A UFPE deve tomar medidas que garantam, com a utilização de todos meios internos e externos imagináveis, a alocação de recursos humanos que participem e implementem o “Municípios Saudáveis”, além da reposição dos contrapartes.
- (2) Com base no trabalho de articulação desenvolvido até o presente momento entre a Universidade e o Governo do Estado, apesar da diferença na natureza do trabalho das duas instituições, o NUSP e a CONDEPE/FIDEM devem buscar meios concretos e construtivos para promoção da articulação, continuando os esforços para obtenção de sinergia nos municípios e comunidades locais.
- (3) O Projeto deve, em relação ao Resultado 3, discutido e confirmado durante esta avaliação, detalhar as atividades necessárias (responsável, executor, período, etc...) em busca do resultado esperado. Para tal, deve reunir urgentemente as partes envolvidas para discussão e elaboração do Plano Operacional (P.O.)
- (4) Aqueles que participaram do estágio no Japão, a começar pelos prefeitos, devem compartilhar ativamente a sua experiência com pessoas envolvidas em outros municípios, através da “Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis”, entre outros.
- (5) O Projeto deve discutir os indicadores do Objetivo Superior entre os envolvidos, nesta segunda metade do Projeto, para,

- ao final, tomar decisões no Comitê de Coordenação Conjunta. É importante levar em consideração os indicadores atuais e incluir, de alguma forma, como indicador, a melhoria do grau de interesse pela saúde e do grau de satisfação pela qualidade de vida por parte da população.
- (6) O Projeto deve, através da discussão com outros órgãos do Governo do Estado, analisar e implementar medidas concretas para o estabelecimento de um ambiente que favoreça a continuidade das atividades por parte dos atores locais, especialmente os atores da comunidade local, que hoje são todos voluntários. Nesta ocasião, é importante levar em consideração a estratégia de difusão, como, por exemplo, o uso de recursos humanos existentes. (Exemplo: agente comunitário de saúde)
 - (7) Para a JICA, este é um Projeto com abordagem pioneira (abordagem simultânea com a comunidade e a gestão e cooperação intersetorial baseada na promoção da saúde). Assim, o Projeto deve, ativamente, divulgar suas ações.

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

CONTANDRIPOULOS, A-P, CHAMPAGNE, F., DENIS, J-L e PINEAULT, R. **L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes**. Codex do Mestrado em Administração de Serviços de Saúde da Universidade de Montreal, 1996.

AVALIAÇÃO EXTERNA SOB O ENFOQUE DO DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO INTERNACIONAL

**Masamine Jimba
Ronice Franco de Sá¹⁸**

1. INTRODUÇÃO

Em março de 2007, a pedido da equipe técnica do Projeto¹⁹, a JICA envia um perito em Promoção da Saúde para avaliar, do ponto de vista conceitual, a operacionalização do projeto e a construção do método Bambu, uma vez que a JICA já havia enviado uma avaliadora normativa anteriormente que orientou sobre os instrumentos e o modelo lógico do Projeto.

2. OPINIÕES DO PERITO

2.1 . Sobre a formação de recursos humanos para supervisores e outros.

Considera que em meio a intensas mudanças dos membros das equipes locais de “Municípios Saudáveis” nos municípios, existe ao menos uma pessoa em cada uma delas que vem realizando as atividades com entusiasmo. Porém, existem poucas pessoas que têm a disponibilidade de exercer o papel de supervisor e facilitador por um período mais longo. E mesmo que esteja realizando com entusiasmo as atividades Bambu, nem sempre estão se articulando bem com os gestores. Há uma tendência de tudo se definir de acordo com a personalidade da pessoa que vem realizando a atividade, portanto se faz necessário construir um “núcleo duro” que não fique à mercê de uma só pessoa. Depositou, nessa ocasião, suas esperanças no curso que estava sendo realizado nos cinco municípios (cada município 40 pessoas, totalizando 200 pessoas).

Também em relação ao supervisor, tem se dado prioridade à função de articulador, mas em relação ao facilitador há diferenças

¹⁸ Texto escrito a partir de Relatório de Avaliação do perito Masamine Jimba. A avaliação foi realizada de 4 a 18 de março de 2007. Tradução de Helena Miyuki Makyiama.

¹⁹ Equipe de técnicos do NUSP/UFPE e da Agência CONDEPE-FIDEM.

de entendimento entre os municípios, portanto há a necessidade de esclarecer mais a definição das funções e papéis de ambos.

2.2. Método Bambu

O Método Bambu está sendo bem compreendido pelos supervisores e facilitadores. Porém, estão se atendo demasiadamente às atividades de base, e isto está dificultando a articulação com os gestores. Ainda é fraca a idéia de pensar em uma atividade que integre políticas vindas de cima com as atividades Bambu. Porém, chama a atenção o movimento de expansão que vem ocorrendo através da realização individualizada das oficinas Bambu (forma de difusão onde as pessoas que freqüentaram o curso, individualmente divulgam o método Bambu através da realização de oficinas dentro de seu ambiente de trabalho ou na sua comunidade, e as pessoas que participaram desta oficina por sua vez, também difunde o método para outros). Por assim dizer, esta estratégia que pode ser chamada de TAKENOKO (broto de bambu), merece ser estabelecida.

Acrescendo a este tipo estratégia de expansão, o que fazer para ampliar este método também na horizontal? Através do curso de formação em grande escala a dimensão horizontal (em todos os municípios) será ampliada. Porém, o que fazer após o término do projeto? Há a necessidade de verificar se as instituições brasileiras conseguirão garantir verba²⁰ e realizar por conta própria atividades similares em outros municípios. Ao dar continuidade, aumentará a conscientização, o interesse e iniciativa da população local e será possível fortalecer a força da população em si.

2.3. Estabelecimento do Espaço Bambu (EAPPPS).

Há local que está funcionando de forma eficaz, conforme município. Porém será necessário este espaço para sempre? Ou será que basta ser um “amortecedor” temporário? Será que construiremos este tipo de espaço também em todos os municípios novos? Ou seja, quando esta atividade se expandir para além dos municípios-piloto, o espaço Bambu terá a necessidade de ser absolutamente um espaço físico²¹? Apesar do pressuposto da

²⁰ Na ocasião da redação deste artigo (janeiro 2008), o Ministério da Saúde já garantiu 2 anos de realização do curso elaborado pela equipe do NUSP/UFPE em 2007.

²¹ Essas questões haviam sido trabalhadas com a equipe anterior da JICA (de 2003 a 2007), equipe do NUSP/UFPE e CONDEPE/FIDEM. Na ocasião, entendia-se que os espaços eram

existência de uma distância entre os gestores e população, se é para aproximá-los, este espaço poderia estar dentro dos órgãos gestores? Ou será instalado em um lugar afastado dos gestores?

O perito considera importante considerar as políticas *top down*, como no caso do programa de erradicação do trabalho infantil e questiona: Será que não será mais fácil integrar as políticas que vem de cima (*top down*) com as atividades Bambu?

Será melhor que haja um mecanismo que registre e acumule informações tais como: que tipo de apoio concreto por parte dos gestores há, em qual espaço Bambu, e se isso de fato foi possível de realizar ou não, entre outros.

2.4. Papel dos Técnicos

Nem sempre o papel dos técnicos do NUSP/UFPE e do Estado (SEPLAG/CONDEPE-FIDEM) é igual. Há temas e ações onde podem agir de forma conjunta, mas também há pontos que podem utilizar as suas especialidades de forma diferenciada.

Quanto aos pontos em comum, o que se espera é o apoio às pessoas que lideram tomando iniciativas, fortalecendo a capacidade de execução do plano da comunidade. Também, no fornecimento de dados estatísticos necessários para compreender a evolução e alcance dos programas para fortalecer as atividades da comunidade se faz necessária a cooperação de ambas as instituições.

Como funções institucionais próprias, por exemplo, os técnicos da universidade podem descobrir pontos problemáticos em comum a cada atividade Bambu e aconselhar como solucioná-los através da pesquisa de campo.

Na avaliação realizada pelo perito foram levantados os seguintes pontos problemáticos: “A capacidade de comunicação ainda é fraca”, “há um retrocesso no entusiasmo em relação à participação e há facilitadores que estão saindo” “algumas atividades são pouco concretas”, “o objetivo estabelecido é grande demais”.

Por outro lado, os técnicos do estado, poderiam apresentar recursos financeiros e humanos acessíveis, ou apresentar

um estímulo para a articulação e promoção de políticas públicas saudáveis, não havendo necessidade de existir espaço físico em cada município. Por conta de haver verba para a compra de equipamento para capacitação, solicitou-se um espaço físico a cada gestor para assegurar as atividades, guardar e utilizar os equipamentos e motivar população e gestores.

atividades de êxito em outros municípios para os municípios-piloto. Também podem aconselhar para difundir as atividades no nível estadual, apresentando as experiências de êxito do Projeto “Municípios Saudáveis”.

Também será possível examinar profundamente sobre a forma de agir no caso em que há ajuda de instituições cooperativas como JICA, ou quando não há (ou que havia, mas não há mais).

3. RECOMENDAÇÕES DO PERITO

A) Com base neste projeto o NUSP deve escrever teses, gostaria também da participação dos alunos do mestrado nas pesquisas²².

B) Há uma equipe de monitoramento e avaliação do projeto, mas ainda não está definido em relação ao rumo que irá tomar. Faz-se necessário definir indicadores mais precisos.

C) Os técnicos do NUSP estão elaborando relatório das atividades de campo, mas como não há um formato definido, a interpretação destes relatórios torna-se difícil. Faz-se necessário definir um formato mais fácil de interpretar.

D) Em relação ao capital social é importante a análise de redes. Neste caso espera-se que realizem uma análise focada na qualidade de cada uma delas, além dos aspectos quantitativos. É importante que com base nesta análise estruture a estratégia do projeto.

E) Conforme já era pauta de discussão no núcleo gestor do projeto, em relação às atividades Bambu, seria importante realizar análise do discurso por meio dos vídeos realizados nas localidades, mas os pesquisadores que desenvolvem esse método de trabalho não aceitam trabalhar voluntariamente.

²² Já havia, desde 2006, duas mestrandas envolvidas com o Projeto. Suas dissertações serão defendidas em março de 2008 e são apresentadas, de maneira preliminar neste livro: Ana Paula Melo e Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros.

AValiação SOB O ENFOQUE DO DESENVOLVIMENTO LOCAL

Paul Prévost²³

1. Introdução

Atendendo a uma solicitação da Gerência do Projeto “Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil” e em particular da Agência de Cooperação internacional do Japão no Brasil, ministrei oficina sobre Desenvolvimento Local e Formulação de estratégias de desenvolvimento para equipe do Projeto supramencionado, nos dias 31 de outubro e 01 de novembro de 2005. Por esse projeto, participaram das oficinas com frequência integral: Abel Menezes Filho, Harumi Royama, Helena Miyuki Makyiama, Janete Arruda, Junko Chuma, Maria do Socorro Machado Freire, Maria Edione da Silva, Maria José Vieira de Lucena, Rosane Salles e Ronice Franco de Sá; e com frequência parcial: Célia Trindade, Maria Aparecida Apolinário e Motoyuki Yuasa.

No dia 03 de novembro, visitamos o município de Bonito onde fomos recebidos pela prefeita Maria Lúcia Heráclito e seus assessores. Ouvi os supervisores do projeto (Wemerson, Jacqueline e Wagner) e muito me impressionou a forma clara como propunham intervenções e como se apropriavam do “seu” projeto de desenvolvimento. Mostravam que eles sabem definir e decidir sobre suas ações. Bastante interessante para garantir o futuro da proposta sob uma ótica de desenvolvimento local.

O foco neste município são os jovens e percebi o entusiasmo e a dedicação sobre o tema. Os avanços na área de educação são fáceis de perceber: recuperaram os jogos estudantis, mudaram sistema de avaliação e incentivam muito a cultura local. Percebi a força da história local para esse município: importante fator de pertencimento que deve ser explorado pelo projeto.

Participaram da viagem: Ronice, Harumi, Socorro, Rosane, Maria José, Sr. Barbosa, Rosita (UFRPE), Denise (UFRPE), Leandro, Célia e Aparecida.

No dia 04 de novembro, pude conhecer melhor o projeto, que **me impressionou pela completude da elaboração do ponto de vista conceitual. Abrange tudo o que se conhece sobre temas**

²³ Texto original em francês, traduzido por Ronice Franco de Sá

de desenvolvimento local. Adota os mais modernos conceitos já testados e que tiveram sucesso, de forma original e bem articulada. Na reunião de aprofundamento e consultoria propriamente dita participaram: Ronice, Rosane, Harumi, Junko, Helena Miyuki, Maria José, Aparecida, Janete, Socorro.

Tento fazer uma síntese de todas as discussões a partir das orientações e trocas havidas. Essas linhas não descrevem a riqueza de nossas interlocuções e intercâmbios, mas me parece essencial. A apresentação está organizada em torno dos temas abordados.

2. O Desenvolvimento Local e o Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil

O Desenvolvimento Local é uma maneira original de ver e de fazer o desenvolvimento de uma coletividade. Ele propõe uma visão horizontal (ao invés de setorial) da realidade local, é construído a partir da dinâmica das coletividades locais e é endógeno. Se ele é impulsionado pelo exterior, mas construído a partir das dinâmicas locais, pode-se classificá-lo em exo-endógeno. Nesse caso, é preciso estar particularmente preocupado com o empoderamento da população local. É caso, por exemplo, dos projetos iniciados pelas agências de cooperação internacional ou por níveis governamentais superiores.

Essas precisões são essenciais, uma vez que elas condicionam fundamentalmente a natureza das estratégias e dos projetos de desenvolvimento de uma coletividade bem como os modos de monitoramento das agências de desenvolvimento. Sobre este ponto, tratarei logo mais.

O movimento Municípios Saudáveis não é necessariamente sinônimo de desenvolvimento local. Ele pode ser considerado, algumas vezes, como uma estratégia particular de desenvolvimento local, se ele obedecer a todas as precisões feitas acima. Normalmente, esta estratégia particular, poderá se juntar de forma sinérgica a outras preocupações de maneira a constituir um conjunto que dará o plano global de desenvolvimento de uma coletividade.

3. As particularidades do período de início de um projeto de Desenvolvimento Local (DL)

Considerando que projetos de desenvolvimento local são construídos a partir dos dinamismos das coletividades, o real início deles, sobretudo se for do tipo exo-endógeno leva muito mais tempo que projetos convencionais. É preciso saber envolver as populações locais e, sobretudo lhes dotar de capacidade para assumir o processo, além de estabelecer laços de confiança. Os incidentes nessa fase não são neutros, nem simples. É preciso ser paciente, deixar lugar para as estratégias emergentes (que vêm da população) e adotar um modelo de planejamento suficientemente flexível para aprender a se ajustar a todas as mudanças em curso de rota, que não são poucas. No início, os atores locais não compreendem muito essas preocupações. Eles estão habituados a projetos concretos, rápidos e com um planejamento detalhado. É preciso considerar essa situação e aceitar, rapidamente, financiar ou apoiar algumas iniciativas locais de pequena envergadura. Isso mantém a moral da coletividade e nos permite aprender (descobrir os líderes e medir suas capacidades, por exemplo), mobilizar (trabalhar o sentimento de pertencimento) e formar atores locais na ação. De uma maneira ideal, esses pequenos projetos não devem ser qualquer um, eles devem poder reforçar um aspecto ou outro do projeto principal, mesmo que de maneira indireta.

4. As estratégias e as iniciativas de Desenvolvimento Local têm sempre um lado imprevisível

Como o DL é emergente, ele será também muito menos previsível e conseqüentemente muito mais difícil de ser programado em detalhes. Dessa forma, não se poderá elaborar um plano estratégico constituído somente de estratégias deliberadas. Será necessário acrescentar não somente um conjunto de estratégias guarda-chuvas capazes de orientar e de receber as iniciativas locais pertinentes que emergirão do campo, mas, o plano estratégico deverá ter a flexibilidade necessária para reconhecer as estratégias emergentes. Todo o plano estratégico deverá então formar um verdadeiro sistema de aprendizagem. As incidências são evidentes sobre a programação do plano de ação. No limite, dentro de uma perspectiva de desenvolvimento local, as populações locais deveriam elas mesmas fixar uma boa parte de sua agenda de desenvolvimento, sem influências ou conduções por mais ingênuas e bem-intencionadas que sejam. Podem-se imaginar facilmente os questionamentos que essa constatação causa se consideramos as práticas usuais de planejamento, de gestão e de avaliação das agências de desenvolvimento, bem

como sobre as práticas de trabalho dos agentes que acompanham os atores locais. Como poder ser útil, sendo ao mesmo tempo capaz de realizar os objetivos e prestar contas às instâncias de interesse? O desenvolvimento local é uma construção, ele exige flexibilidade e perspicácia em todos os níveis, senão nunca será realmente realizado.

5. Prever a saída da equipe do projeto

Os projetos exo-endógenos devem necessariamente prever a saída da equipe externa do projeto. No caso do projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, deverá assegurar-se a perenidade do mesmo na coletividade e particularmente com esta visão de Promoção da Saúde. O desafio é de grande envergadura e não se contenta com respostas simples. Em consequência, isso deve ser planejado desde o início e ser construído durante toda a duração do projeto. A experiência nos ensinou (por exemplo o caso Santander, na Colômbia) que essa perenidade deve ser construída sob duas dimensões interligadas: elaboração de estruturas de apoio adaptadas ao contexto e a existência de um processo de educação permanente capaz de fornecer não somente saberes técnicos, mas também formar líderes e transmitir todo o modelo e o sistema de valores do projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil.

No nível local, a estruturação de um sistema de suporte pode ser relativamente simples e poderá ser feita com uma pequena equipe do município e com um comitê de pilotagem (orientação e monitoramento) reunindo grupos de interesse da comunidade. O processo de formação será essencial para assegurar que as pessoas que vão prosseguir com o projeto sejam capazes de efetuar o seu trabalho e de tornarem-se as alavancas de capacitação para toda a comunidade.

No nível regional, a constituição de verdadeiras comunidades de prática reunindo algumas coletividades poderia ser um veículo flexível e estimulante se os intercâmbios forem de fato constantes, cheios de sentido e “colados” às realidades locais. Dessa forma, poderíamos nos assegurar que os conteúdos implícitos, bem como os conteúdos tácitos das experiências de cada um, viriam nutrir o trabalho de todos. Uma linha com uma universidade implicada nos projetos municípios saudáveis poderia permitir o aprofundamento das trocas e das reflexões para sistematizar ferramentas e padrões mais pertinentes.

No nível nacional e internacional, é mais complicado. É preciso saber construir uma presença significativa sem se submeter aos melindres da política partidária. A solução reside na constituição de redes fortes e ativas. Já existem algumas redes de municípios saudáveis no Brasil e no mundo. Essas redes, essas estruturas, para assegurarem uma presença sólida, devem também, da mesma forma que no nível local, poder se alimentar numa fonte de conhecimentos apropriados. São as redes de universidades e de centros de pesquisa que podem assegurar esse papel, nesse nível. Além de elaborar saberes e formas de fazer, essas instituições formam os especialistas e os agentes de desenvolvimento adequados aos princípios do movimento municípios saudáveis. Quanto mais essas associações e essas redes forem fortalecidas, mais elas poderão fazer pressão sobre os governos, independente dos partidos políticos no poder.

6. Avaliar os projetos de Desenvolvimento Local

Essa problemática central apareceu claramente como um desafio complexo que precisa de muita dedicação e construção. Lembremos da regra da sistêmica (na categoria variety) que estipula que não se pode avaliar um sistema complexo com ferramentas convencionais ou simples. Como medir os impactos de um projeto de cinco anos como o Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil sobre o desenvolvimento de uma coletividade, quando se sabe que o desenvolvimento é um processo em longo prazo (no mínimo 10 anos para se ter os primeiros sinais de efetividade)? Como avaliar as modificações no sistema de valores de uma coletividade? Como assegurar a eficácia e a eficiência de um projeto flexível de geometria variável? Etc... Muitas questões que não se satisfazem com indicadores quantitativos. A imaginação e a abertura de espírito devem estar presentes sem se esquecer, contudo, dos rigores metodológicos e da necessidade de associar métodos de avaliação quantitativos e qualitativos. Esse é um dos maiores desafios do projeto e toda a atenção deve ser dada a esse fato. É interessante considerar as redes nacionais que discutem e aprofundam esse tema.

7. Conclusões:

1) Do ponto de vista conceitual, de estado da arte (revisão teórica), da originalidade e da coerência nos entrelaçamentos da tessitura do projeto pode-se dizer que ele é excelente.

2) Do ponto de vista da execução local, é preciso ter muita atenção com a tendência que as equipes externas têm a falar de empoderamento, mas tentarem manipular e conduzir o processo deixando pouco espaço para a criatividade local e para a construção e aprendizagem coletiva. Aconselhamos menos tempo de planejamento exógeno e mais tempo de planejamento endógeno com APOIO somente da equipe exógena. As oficinas e capacitações devem também ser planejadas no local. A maior parte do tempo da execução local deve ser na localidade junto aos supervisores e facilitadores, estabelecendo linhas de ESCUTA e APOIO. Jamais se deve assumir o comando das reuniões locais. Deve-se ficar na retaguarda e SEMPRE investir nos líderes locais para assumirem a condução das reuniões, oficinas e capacitações. É preciso que todos os líderes se sintam fortalecidos e não somente aqueles com quem temos identidade ou preferências. Mesmo que não sejam os líderes que gostaríamos, eles representam a face da liderança local, representam o estágio de maturidade e desenvolvimento local e isso é o mais importante a ser respeitado.

3) No que diz respeito às capacitações, procurar oferecer aquelas que cada localidade necessita para o seu desenvolvimento de acordo com uma demanda autêntica.

4) Cada comitê deve ter autonomia no processo de trabalho, fazer registros simples de mais ou menos quinze minutos de cada dia de trabalho, fazer relatórios quinzenais de evolução do trabalho e ter pelo menos dois momentos mensais de socialização de suas atividades. Se houver necessidade de deliberação, solicitar reuniões gerais deliberativas. É preciso começar a incluir os representantes locais nos Comitês de forma sistemática, se queremos que de fato ele passe a ser endógeno.

5) É preciso que as instituições envolvidas possuam um tronco comum em torno do projeto e não o inverso (as instituições terem as suas propostas institucionais e cederem espaço ao projeto) como me pareceu estar acontecendo. Se a equipe exógena não for coesa, dificilmente a passagem para o endógeno será satisfatória. É necessário que a

proposta seja de fato uma política pública defendida por todos e colocada em primeiro plano nos municípios, ela não pode vir a reboque de outros projetos, propostas, capacitações. Isso afeta a credibilidade da proposta no nível local.

6) As pesquisas devem ser contextualizadas e atender a demandas locais.

7) Pensar na difusão é pensar na preparação da saída do projeto, que a meu ver, está um pouco atrasada. A difusão baseada nos dois processos que descrevi antes é URGENTE.

8) A avaliação, assim como a difusão, devem ser os desafios estratégicos do projeto a partir de agora (para o nível estratégico da gerência).

9) Deve-se investir na divulgação de massa por meios populares, bem como por boletins, mídia geral, etc. A divulgação científica é extremamente importante e sugiro que seja feita uma tese de doutorado ou dissertação de mestrado sobre o projeto para recuperar todos os passos, inclusive aqueles que até agora não foram efetivamente registrados.

10) A necessidade de tornar-se centro de referência requer muitas articulações, negociações e credibilidade por parte dos pares nacionais, internacionais. Para isso deve-se sempre estar presente nos fóruns, seminários, associações, etc. e apresentar uma fala consistente e com conteúdo, além de uma fala coerente (todos devem falar a mesma linguagem em nome da proposta).

REFLEXÕES ACERCA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE NO PROJETO MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS NO NORDESTE DO BRASIL

Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros
Ronice Franco de Sá

I - INTRODUÇÃO

O artigo reflete sobre a participação social e a intersectorialidade através do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil em Sairé, porém são apresentados os resultados preliminares de um estudo ainda em andamento. Assim, é feito, inicialmente, um breve histórico sobre os municípios saudáveis, participação social e intersectorialidade. Na seqüência, são apresentados a metodologia e os resultados. Por fim, são feitas algumas considerações que consistem na tentativa de compreender os processos de transformação que estão ocorrendo no projeto em Sairé.

A preocupação com a saúde da população e a adoção de medidas governamentais para o controle dos agravos acompanha o desenvolvimento da sociedade ao longo dos tempos (PAIM & FILHO, 1998).

O período compreendido entre os fins do Século XIX e o início do Século XX foi marcado pelo grande desenvolvimento do capitalismo (PAIM & FILHO, 1998). Consequentemente ocorreram significativas mudanças nas esferas econômica, cultural, social e política, desencadeadas pelo processo de industrialização e maturação da sociedade burguesa nos países centrais.

Em torno desse novo ideário organizam-se as formulações do conceito da promoção da saúde para implementação de políticas públicas e modificação nas práticas de saúde. A I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, em Ottawa – Canadá, teve como resultado a Carta de Ottawa, que é utilizada como ponto de partida básico e fundamental no desenvolvimento das idéias de promoção da saúde em todo o mundo.

Define a Promoção da saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no

controle deste processo”. Arelado a este conceito, o documento assume que “a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (BRASIL, 2002).

No que concerne à evolução da política de promoção da saúde²⁴ no Brasil, pode-se dizer que há um esboço a partir desta década, onde, diante da efervescência das mobilizações sociais, citadas anteriormente, reclamava-se a defesa dos direitos da saúde. De acordo com Finkelman (2002:293), “a promoção da saúde faz parte do elenco de responsabilidades do Estado, enunciadas na conceitualização de saúde nos princípios e diretrizes organizacionais do Sistema Único de Saúde – SUS”.

A partir dos conceitos preconizados na Carta de Ottawa, da força do movimento por cidades saudáveis e do contexto da saúde pública, surge, em 2003, o *Projeto de Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil*. O Projeto foi concebido para construir um mecanismo capaz de articular população e gestores, fortalecendo as competências comunitárias e as institucionais de forma a “restabelecer a circularidade entre homem, sociedade, vida e conhecimento, em que cada um desses elementos se explique reciprocamente” (MORIN *apud* LUCK, 1995). Como objetivo superior, esse mecanismo em construção promoveria a redução das desigualdades sociais no estado de Pernambuco, começando pela região do Agreste Central.

Para a realização do projeto, o órgão executor, Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social (NUSP) da Universidade Federal de Pernambuco, estabeleceu um convênio com a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) e a Secretaria de Planejamento do Governo do Estado de Pernambuco, através da Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco (CONDEPE-FIDEM) (FRANCO DE SÁ *et al*, 2006).

O projeto insere-se na Estratégia de Municípios e Comunidades Saudáveis (MCS), que, de acordo com a Organização Pan-americana de Saúde, significa “uma forma de promover saúde, junto com as pessoas e as comunidades, nos

²⁴ Desde 2002, discute-se no Ministério da Saúde - MS a Política Nacional da Promoção da Saúde, junto com o Grupo de Trabalho da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO –, a Organização Panamericana de Saúde - OPAS dentre outros. (ABRASCO, 2004). Assim, em 2006, o MS aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde.

espaços onde as pessoas estudam, trabalham, se divertem, amam e vivem” (OPAS,1998:31).

A proposta de MCS é a forma prática de colocar os princípios da promoção da saúde no nível local. A OPAS identifica elementos chaves para estruturar os municípios, a saber: políticas públicas saudáveis, participação social, intersectorialidade e sustentabilidade.

Ainda de acordo com a OPAS, a estratégia de MCS começa:

com o desenvolvimento/fortalecimento de uma parceria entre autoridades locais, líderes da comunidade e representante de vários setores públicos e privados, no sentido de posicionar a saúde e a melhoria da qualidade de vida na agenda política (OPAS, 1998:2).

O Projeto “Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil” atua nos municípios de Barra de Guabiraba, Bonito, Camocim de São Félix, Sairé e São Joaquim do Monte. Os municípios foram escolhidos a partir de critérios de proximidade com Recife, de representar um aglomerado de realidades similares e por não ter nenhum grande projeto de desenvolvimento em execução naquele momento. A princípio, a partir de uma pesquisa de avaliação de capital social (MELO FILHO *et al*, 2007) foram selecionadas micro-áreas para ingresso do projeto e ciclos de vida prioritários para focalizar as ações.

A implementação da proposta do Projeto “Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil” é um processo de transformação e desenvolvimento social através de uma metodologia criada, chamada Método Bambu, que contempla ações em vários níveis de atuação e de relações sociais entre comunidade, poder público e universidade.

Dentre, os municípios que fazem parte do Projeto “Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil”, escolheu-se Sairé para desenvolver este estudo. Esta sugestão foi feita pela equipe do NUSP, órgão executor deste projeto. Um dos motivos indicados para a escolha foi a inclusão de forma transversal no Plano Diretor²⁵ do Município de Sairé das propostas do Movimento de Municípios Saudáveis.

²⁵ O Plano Diretor é o instrumento básico de política de desenvolvimento e expansão urbana, que assegura ao território municipal um melhor aproveitamento dos recursos ambientais e das infra-estruturas.

É importante ressaltar que há várias formas de implementar e promover os princípios da promoção da saúde nos municípios. Nesse sentido, surge o seguinte questionamento: Como se dá a participação social e a intersetorialidade em Sairá através do Projeto dos Municípios Saudáveis do Nordeste do Brasil?

Como objetivos, buscou-se analisar a participação social e a intersetorialidade através do Projeto dos Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil em Sairé, bem como, identificar e compreender como se desenvolve a participação social e a intersetorialidade.

Sublinhamos a importância de desenvolver este estudo por tratar-se de temática recente no campo das políticas públicas destinadas à atenção das pessoas para além do campo da saúde coletiva. Além disso, representa uma necessidade de potencializar as mudanças nos conceitos da gestão das políticas públicas.

Sua importância torna-se visível, quando consultamos a literatura acerca da promoção da saúde e observamos que representa uma estratégia para enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam a sociedade, haja vista que o projeto se propõe a articular saberes técnicos e populares, e a mobilizar recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

Consideramos ainda que, apesar das Declarações, oriundas das conferências internacionais, orientadoras e fortalecedoras da Promoção da Saúde, ainda se constitui um desafio no Brasil, adotar políticas públicas saudáveis no paradigma de gestão municipal proposto pelo modelo de Estado Brasileiro. Neste sentido, precisa-se registrar e explorar as experiências de governos municipais que estejam utilizando a estratégia dos municípios saudáveis para melhoria da saúde das populações dos seus territórios.

II - BREVE RELATO DA EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO MOVIMENTO DOS MUNICÍPIOS E CIDADES SAUDÁVEIS

A concepção de cidades saudáveis surgiu como uma evolução no interior do movimento de promoção de saúde. Nesse sentido, os postulados na Carta de Ottawa forneceram um grande impulso com a aplicação dos conceitos de promoção da saúde nos cenários urbanos e as cartas das conferências de promoção da saúde que se seguiram fortaleceram este movimento (RESTREPO, 2001).

A primeira definição descrita para Municípios e Cidades Saudáveis foi elaborada, por Duhl e Hancock, em 1986, segundo eles, uma cidade saudável não é somente uma cidade com alto nível de saúde, medido através de indicadores epidemiológicos, mas é, sobretudo, uma cidade comprometida com os objetivos de saúde de seus cidadãos. Para estes autores, criar programas efetivos de saúde pública requer um enfoque no urbano, tendo por base as formas de como vivem as comunidades nos centros urbanos (FERRAZ, 1998).

Um dos argumentos para a consolidação da proposta no âmbito das cidades está relacionado com a crescente urbanização e seu impacto nas condições de vida da população. A situação social, as desigualdades, sobretudo em países em desenvolvimento, geradas pelo modelo de desenvolvimento têm aumentado os níveis de pobreza e de informalização da economia (MENDES, 2000). As primeiras iniciativas de Municípios e Cidades Saudáveis foram iniciadas no Canadá, espalhando-se depois, por intermédio da Organização Mundial da Saúde - OMS e da Organização Pan-americana de Saúde - OPAS, para Europa, América do Norte e América Latina.

A proposta de Municípios e Cidades Saudáveis coloca-se como uma noção abrangente da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento de organizações comunitárias, no planejamento e execuções de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das cidades onde se concentra a população exposta a uma grande quantidade de riscos vinculados à precariedade de condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais (FERRAZ, 1999).

A estratégia de Municípios e Cidades Saudáveis se estabeleceu como um dos principais movimentos de saúde pública no nível local (OPAS, 2002). A OPAS aponta alguns elementos essenciais que asseguram a implementação e a manutenção da estratégia. Estes incluem:

Um compromisso público que deve ser estabelecido entre o prefeito, o governo local, o poder legislativo, as organizações não-governamentais, o setor privado e a comunidade;

assegurar e fortalecer a participação comunitária durante as fases de planejamento, implementação e avaliação; desenvolver um planejamento estratégico para superar obstáculos e ameaças ao desenvolvimento e manutenção; construir consensos e formar parcerias através de redes; estimular a participação de vários setores sociais (OPAS, 2002).

A proposta de Municípios e Cidades Saudáveis proporciona uma base importante para o equacionamento e gestão de difíceis problemas de saúde e sociais e cria espaços que favorecem a saúde (OPAS, 2005). A adoção deste tipo de ações permite, conforme Brandão (2004:27):

Contribuir para o processo de descentralização; fortalecer a participação comunitária nas tomadas de decisões políticas; compreender a importância da Promoção da Saúde por parte da população; e por último, ajudar na otimização dos recursos públicos, bem como eliminar a duplicação dos esforços.

De acordo com Buss (2000), Mendes, um dos primeiros autores brasileiros a abordar o tema, considera o projeto Municípios e Cidades Saudáveis como um "projeto estruturante do campo da saúde", em que os atores sociais (governo, organizações da sociedade civil, organizações não governamentais) procuram, por meio da "gestão social", transformar a cidade em um espaço de "produção social da saúde". Desta forma, a saúde é entendida como qualidade de vida e é considerada objeto de todas as políticas públicas, dentre estas, as políticas de saúde.

De acordo com Mendes (1996), uma cidade saudável deve apresentar algumas características, que devem ser tomadas como processos de permanente construção, não acabadas e passíveis de transformação:

a busca da melhoria da qualidade da vida da população; o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis; o trabalho intersetorial, o

compromisso com a equidade, a construção cotidiana com a cidadania, a criatividade e o espírito inovador (*Ibid*,1996,262).

O que converte uma cidade em saudável para Mendes (2000), são a decisão e a vontade política de direcionar todas as políticas sociais, para uma meta: saúde e qualidade de vida. É a decisão de combinar recursos e compromissos para alcançá-las. No entanto, somente a decisão política não basta. É necessário que se definam atividades que vão se desenvolver, os aportes e compromissos dos responsáveis por executá-las e as formas de vigiar o cumprimento daquilo que foi recebido.

Conforme Ferraz (1999), partindo de uma análise dos projetos oriundos da Europa, o consenso político é considerado condição-chave para o desencadeamento, o desenvolvimento e êxito do projeto. Em propostas de Municípios e/ou Cidades Saudáveis é preciso trabalhar a relação e inter-relação da saúde com as outras políticas sociais. O caráter processual está inerente na proposta de Municípios e Cidades Saudáveis, uma vez que mudar a lógica de governar a cidade implica em criar uma consciência política e superar obstáculos da tradição burocrática das instituições públicas, do ceticismo da população e das resistências dos profissionais.

PILARES DOS MUNICÍPIOS E CIDADES SAUDÁVEIS

A) Intersetorialidade

A proposta dos Municípios e Comunidades Saudáveis é um caminho para as ações deslocarem-se para o território. A base territorial torna-se um dos significativos espaços de articulação intersetorial de necessidades e conhecimentos.

A intersetorialidade para Junqueira (1997:37) significa “uma articulação de saberes e experiências no planejamento, realização, e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas, visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social”. A intersetorialidade conduz para uma nova lógica de gestão da cidade, buscando superar a fragmentação das políticas.

Nesse sentido, Mendes (1996:253) afirma que a intersetorialidade “não anula a singularidade do fazer social pela instituição de uma polivalência impossível; ao contrário, reconhece os domínios temáticos, comunicando-os para a construção de uma síntese” .

Stotz (2004:47) considera a intersetorialidade como: “um processo de construção compartilhada, em que diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo de atividades de seus parceiros.

A intersetorialidade deve responder às necessidades de um coletivo, mobilizando vários setores necessários e principalmente, envolver a população no percurso do diagnóstico da situação à avaliação das ações implementadas.

Entretanto, a intersetorialidade não pode ser considerada antagônica ou substitutiva da setorialidade. A sabedoria reside em combinar setorialidade com intersetorialidade e não contrapô-las no processo de gestão. O modelo de gestão intersetorial, para Sposati (2006), tem se mostrado mais factível quando combinado à descentralização territorial.

A intersetorialidade desenvolve um saber resultante da integração ou das áreas de contato. O princípio da convergência é movido pelo pacto de uma ação coletiva, integrada para solução de problemas ou ampliação da capacidade de resolução (SPOSATI, 2006).

A abordagem intersetorial de problemas ou o processo de construção da intersetorialidade não está isento de conflito e contradições. Nesse sentido, Krempel *et al* (2005) sinalizam que é preciso criar espaços de compartilhamento de saber, poder, construir novas linguagens e novos conceitos desenvolver capacidade de escuta e negociação. Além disso, é preciso o reconhecimento de que nenhum setor tem poder suficiente para resolver sozinho e que ação intersetorial pode possibilitar uma ação mais potente e resolutiva.

Assim, inovações da gestão pública, incorporando as estratégias de articulação intersetorial e mobilização das comunidades, passam a ter importância fundamental para o incremento da qualidade de vida, sobretudo em cidades onde a desigualdade sócio-sanitária é bastante acentuada (BUSS, 2000).

B) Participação social

De acordo com o documento da OPAS (2002), a participação comunitária existe quando um aglomerado de pessoas decide compartilhar as suas necessidades, experiências e aspirações, com o intuito de melhorar a qualidade de vida.

A OPAS (2002) descreve alguns passos importantes para o desenvolvimento da participação comunitária. Um primeiro passo, fundamental, seria a aproximação com a comunidade, para

identificar o grau de organização e participação de seus membros. Outro passo seria construir uma visão compartilhada por todos os sobre a sua comunidade. Utilizar de linguagens e recursos de comunicação adequados aos padrões culturais e manter a comunidade informada sobre o projeto e fazer com que participe das decisões.

A inclusão da participação da comunidade nas decisões das ações para o município representa uma co-responsabilização ao longo do processo de implementação das políticas. A proposta da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2002:19) caracteriza de modo amplo a participação como:

 Não somente nas instâncias formais, mas em outros aspectos constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, dentro dos próprios serviços de atendimento, favorecendo a criação de vínculos entre serviços e usuários.

Pode-se dizer que esta seria uma nova forma de gestão social, deixando de ser uma atribuição exclusiva do Estado e passando a ser compartilhada com a sociedade (BERETTA, 2004).

A consolidação de propostas participativas representa a potencialização de práticas comunitárias através do estabelecimento e ativação de um conjunto de mecanismos institucionais que reconheçam direitos efetivamente exercíveis e estimulem estratégias de envolvimento e co-responsabilização (JACOBI, 1999).

A participação deve ser entendida como um processo continuado de democratização da vida municipal, cujos objetivos são: promover iniciativas a partir de programas e campanhas especiais visando o desenvolvimento de objetivos de interesse coletivo; reforçar o tecido associativo e ampliar a capacidade técnica e administrativa das associações; desenvolver a participação na definição de programas e projetos e na gestão dos serviços municipais (JACOBI, 1990).

Gohn (2004:112) define participação como “um processo de vivência que imprime um significado a um grupo do movimento social, tornando-o protagonista de sua história, desenvolvendo sua consciência crítica, agregando força sociopolítica a esse grupo”.

Alguns elementos são fundamentais nesse processo: relações negociadas entre os grupos; abertura para denominar os problemas adequadamente, em que os grupos mais fortes não roubem a agenda dos menos fortes, autoridade compartilhada na tomada de decisão; identificação e compromisso de todas as

pessoas e grupos envolvidos e recursos para a participação dos grupos menos fortes (MENDES, 2000).

Vários desafios estão relacionados com a instituição de mecanismos de gestão de políticas sociais, com o intuito de fortalecer a interação entre o poder público e a população. Conh (1995) entende que a institucionalização das práticas de participação permite romper com as tradicionais relações autoritárias entre governantes e governados.

Implementar mecanismos de estímulos à institucionalidade, respeitando a autonomia e auto-organização, tanto dos setores organizados, quanto dos setores desorganizados, dentro de uma lógica não imediatista e utilitarista, pode contribuir para ampliar os direitos sociais e de cidadania e construir novas relações entre os atores sociais (MENDES, 2000).

Como diz Vasconcelos (2001:5) representa "o aumento do poder pessoal e coletivo de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão e dominação social".

Nesse sentido, a participação social se caracteriza como um importante instrumento de fortalecimento da sociedade civil, notadamente dos setores mais excluídos, na medida em que a superação das carências acumuladas depende basicamente da interação entre agentes públicos e privados, no marco dos arranjos socioinstitucionais estratégicos.

A participação social se enquadra no processo de redefinição entre o público e o privado, dentro da perspectiva de redistribuir poder em favor dos sujeitos sociais que geralmente não têm acesso. Trata-se de pensar o ordenamento das diferenças dentro do marco do questionamento sobre o papel do Estado enquanto regulador da sociedade.

A proposta de Municípios e Comunidades Saudáveis expressam a intencionalidade de retornar ao local onde se efetiva a vida das pessoas e grupos sociais. Este movimento de micro-localização do foco das políticas públicas busca propiciar, também, a entrada de múltiplos atores no cenário das decisões.

III - METODOLOGIA DO ESTUDO

Para alcançar os objetivos propostos foi realizada uma pesquisa qualitativa, que conforme Minayo (1998:22):

Trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e

atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável.

O presente estudo teve como objetivo analisar como o Projeto dos Municípios Saudáveis do Nordeste do Brasil em Sairé coloca em prática os princípios norteadores da Promoção da Saúde, da Intersetorialidade e da participação social. Para tanto, adotou-se como estratégia de pesquisa o estudo de caso.

Esta é uma forma que o permite o pesquisador investigar um fenômeno contemporâneo dentro do contexto, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos (YIN, 2005).

No estudo de caso, o pesquisador aproveita as evidências empíricas e as inferências produzidas, correlacionando-as para alcançar a interpretação dos fatos, dentro de um sistema explicativo mais amplo. Dessa forma, é preciso promover a ruptura do senso comum e, na mediação que o pesquisador faz entre forma e conteúdo do objeto de conhecimento, buscar, dentre as diferentes perspectivas de interpretação aquela que permite uma aproximação relativamente maior da realidade concreta (DINIZ, 1999).

O estudo realizou-se com as pessoas envolvidas diretamente e indiretamente no Projeto dos Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil do Município de Sairé. Pesquisou-se os gestores municipais; a comunidade do município e os técnicos dos órgãos executores do projeto.

No processo de escolha do informante-chave utilizou-se os seguintes critérios: envolvimento desde o início do Projeto dos Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil; conhecimento amplo e detalhado do Projeto dos Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil e disponibilidade de tempo para participar no desenrolar das entrevistas.

Realizou-se entrevistas com 17 informantes-chaves para compreender o processo de participação e intersetorialidade através da implantação do Projeto dos Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil do Município de Sairé.

Os pontos abordados da entrevista foram construídos a partir do quadro conceitual elaborado para esse estudo. Os temas contidos nas entrevistas analisadas neste trabalho versam sobre:

- O entendimento sobre o que é participação social e intersetorialidade;
- Motivações para a participação das instituições governamentais, não governamentais no Projeto Município Saudável;
- Viabilidade de recursos financeiros e instrumentos para a participação da população;
- Elementos que favoreceram a participação das pessoas no projeto;
- Atividades desenvolvidas pelo o Projeto dos Municípios Saudáveis se articularam com outras atividades que existiam no Município;
- Apropriação das políticas públicas proporcionadas pela participação no Projeto dos Municípios Saudáveis;

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco e seguiu as normas estabelecidas pela resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde.

IV – ALGUNS RESULTADOS PRELIMINARES

O resultado apresentados neste artigo são frutos das primeiras aproximações sobre as respostas dos entrevistados. Observou-se que todos os possuíam a compreensão da dinâmica do projeto dentro do município.

O entendimento sobre a participação social, segundo indicou as respostas das entrevistas foram:

- A clareza de que a participação social é uma ação realizada através de interação e mobilização em conjunto com pessoas interessadas por objetivo em comum; e que também é uma questão cidadania;
- Co-responsabilização de todas as pessoas que vivem em sociedade em relação à participação social, não atrelando, apenas, as instituições governamentais;

- Alguns explicitaram formas diferentes de participar, por exemplo, os conselhos municipais, movimentos sociais e organizações sociais;

De um modo geral o entendimento sobre a intersetorialidade apontou para a capacidade de trabalhar unido com vários setores e/ou grupos de pessoas com o objetivo de minimizar os problemas sociais.

Ao tratar sobre as motivações para a participação das instituições governamentais, não governamentais no Projeto Município Saudável no Nordeste do Brasil, em Sairé, demonstrou-se uma variedade de respostas, entre as quais:

- A proposta do Projeto Município Saudável em trabalhar na vertente e com os valores da promoção da saúde e enfatizar o que é positivo, gera o positivo;
- A persistência dos órgãos executores na implantação do Projeto no Município de Sairé;
- O desafio seria um estímulo para a participação das instituições
- A necessidade de mudar a realidade das comunidades do Município de Sairé para melhor e a possibilidade que o projeto tem em favorecer com este processo;

No que concerni a viabilidade de recursos financeiros e instrumentos para as pessoas participarem, todas as respostas convergiam de que não houve investimentos diretos para os municípios de Sairé participarem do Projeto e sim indiretos. Estes investimentos estariam vinculados a viabilização do curso de formação de promotores da saúde, seminários e encontros de redes.

Em algumas outras respostas indicou que as pessoas se envolveram pelo bem comum que irá proporcionar a comunidade como um todo, independente da política partidária do município.

Observou-se que no que diz respeito aos elementos que favoreceram a participação das pessoas no projeto, encontrou-se as seguintes respostas:

- O Método Bambu como uma metodologia que favorece o empoderamento das pessoas para desenvolver as atividades na comunidade;
- O conhecimento apreendido nos eventos ocorridos para discutir as propostas do Projeto Município Saudável no Nordeste do Brasil;
- A comunicação estabelecidas entre as pessoas envolvidas no projeto;

- Relataram a ação dos conselhos municipais;
- O grupo das idosas que existia no município, ante mesmo do início do Projeto;

Os informantes-chaves compreendem que o Projeto dos Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil em Sairé, vem facilitando o processo de apropriação das políticas públicas, em relação do que se trata uma política pública, o que compete a cada esfera governamental realizar, o que o cidadão pode estar cobrando de seus gestores. No entanto, outros relatos apresentam como algo ainda que está caminhando, que se faz necessário trabalhar de forma intensa para desmistificar a cultura de esperar que os gestores faça pela população.

Uma primeira aproximação das respostas dada pelos entrevistados sobre as atividades desenvolvidas pelo o Projeto dos Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil se articulou com outras atividades que existiam no Município, observou-se a interlocução que foi feita com o grupo de idosos que existiam anteriormente e com a chegada do projeto ajudou a potencializar.

Nesta mesma questão, os entrevistados expuseram sobre o desenvolvimento de atividades com uma indústria de grande porte. Alguns outros relatos falaram-se da integração das propostas do nos espaços que as pessoas trabalham.

Este processo de participação social e intersetorialidade através do Projeto Município Saudáveis é algo complexo, mas reflete uma preocupação que as pessoas entrevistadas estão envolvidas para melhorar a qualidade de vida da comunidade. Nesta direção, as pessoas estão incorporando os valores e estratégias discutidas nas Conferências de Promoção da Saúde.

Para Jacobi (2002:451): “Isto está sendo construído dentro de uma lógica que não está apenas permeada pelo imediatismo e utilitarismo, mas por uma radicalização da democracia, que (...) constrói efetivamente novas relações”.

V- CONCLUSÕES:

A implementação da proposta do Projeto “Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil” em Sairé não se constitui uma tarefa fácil, pois é um aprendizado permanente e um processo em constante construção. Além disso, complexidade do problema social exige vários olhares, diversas maneiras de abordá-los, aglutinando saberes e práticas para o entendimento e a construção

integrada de soluções que garantam à população uma vida com qualidade de maneira participativa e intersetorial.

Identificou-se promoção da horizontalidade entre os campos de saberes envolvido; fortalecimento teórico-prático no campo do desenvolvimento local; articulação de diversas instâncias relacionadas à área (universidade, governo, cooperação internacional, profissionais e comunidade).

Apesar da repercussão positiva, também devem ser demonstrado os seus limites, e estes residem, no entendimento que a participação social e a intersetorialidade são pilares fundamentais para a sustentabilidade do Projeto Município Saudável em Sairé e que é preciso manter sempre ampliando e recriando possibilidades de agregar esses valores junto a comunidade

O objetivo de fundo não é esgotar qualquer dos temas expostos do estudo, mas apresentar as primeiras reflexões dos sujeitos envolvidos no Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil.

REFERÊNCIAS:

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Relatório Final – Oficina de Trabalho Promoção da Saúde: da prevenção à mudança social. VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Recife, 2004. Disponível em: www.abrasco.org.br. Acesso em: 04 de abril de 2007.

BERETTA, Regina de Souza e MARTINS, Lilia C. O. Estado, municipalização e gestão social. IN: Serviço Social e Sociedade, nº 77, Ed. Cortez: 2004.

BRANDÃO, I. R. Na trilha do Município Saudável IN: O processo de construção de rede de municípios potencialmente saudáveis – repensando a mobilização e a participação – volume 3. Ana Mª Sperandio (org.)... [et al.]. Campinas, SP: UNICAMP: Instituto de Pesquisas Especiais para Sociedade – IPES, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. As cartas da Promoção da Saúde. Brasília: MS, 2002. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html>.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida IN: Ciência & Saúde Coletiva. V. 5, 1: 163-167, Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

CONH, A. Saúde e Cidadania: análise de uma experiência de gestão local. IN: Einbenschutz C. (org). Política de Saúde no Brasil: o público e o privado. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.

DINIZ, T.M.R.G. O estudo de caso: suas implicações metodológicas na pesquisa de em serviço social. IN: Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio/ Maria Lúcia Martinelli (org). Veras Editora, São Paulo: 1999.

FERRAZ, S. T. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. Revista de Administração Pública, 32: 49-60, 1998.

_____. Cidades Saudáveis: Uma Urbanidade para 2000. Brasília: Paralelo 15, 1999.

FRANCO DE SÁ, R., YUASA, M., VIANA, V., (orgs). Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil: conceitos, metodologia e relações institucionais. Ed. Universitária da UFPE, 2006.

FINKELMAN, J. (org). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Novas Fronteiras, 2002.

JACOBI, P. R. Descentralização municipal e participação dos cidadãos: apontamentos para o debate. IN: Revista Lua Nova, nº 20, 1990.

_____. Poder local, políticas sociais e sustentabilidade. IN: Saúde e Sociedade / Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v. 8 nº1, São Paulo, 1999.

_____. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. IN: Ciência e Saúde Coletiva – Saúde: Desafios da Gestão Local, Vol 7; nº 3, ABRASCO: 2002.

KREMPEL, M. C., Moisés, S.T. Moysés, S.J. Intersetorialidade: estratégia para a construção de uma cidade saudável. A experiência de Curitiba. IN: Sperandio, A. M. S.(org). O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Campinas, (SP): UNICAMP; IPES;OPAS;OMS, 2005.

LUCK, H. Pedagogia interdisciplinar. Fundamentos teórico-metodológicos. Rio de Janeiro, Vozes, 1995.

MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo, Hucitec, 1996.

MENDES, R. Cidades Saudáveis no Brasil e os processos participativos: os casos de Jundáí e Maceió. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo/USP, São Paulo: 2000.

MINAYO, M. C. S. (org.) Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. Rio de Janeiro. Ed. Vozes: 1998.

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde. Municípios, Cidades e Comunidades saudáveis: recomendações sobre avaliação para formuladores de políticas na América. OPAS, 1998. Disponível em: <http://www.paho.org> Acesso em 05 de abril de 2007.

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde, Municípios e Comunidades Saudáveis. Guia dos Prefeitos para Promover Qualidade de Vida, OPAS, 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/publicac.cfm> Acesso em 05 de abril de 2007.

PAIM, J. S. e Filho, N.de A. Saúde coletiva: uma 'nova saúde pública' ou campo aberto a novos paradigmas? IN: Revista Saúde Pública, 32 (4), Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1998.

RESTREPO, H. E. Conceptos sobre salud urbana. IN: Restrepo, H. Málaga, H. Promoción de la salud: como construir vida saludable. Bogotá: Editora Medica Internacional, 2001.

SPOSATI, A. Gestão Pública Intersetorial: sim ou não? Comentários de experiências. IN: Serviço Social e Sociedade, nº 85, Ed. Cortez: 2006.

STOTZ, E.N. e ARAÚJO, J.W.G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. IN: Saúde e Sociedade, volume 13, nº 2, USP, São Paulo: 2004.

VASCONCELOS, E. M. A proposta de empowerment e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do Serviço Social e da saúde mental. IN: Revista Serviço Social & Sociedade: seguridade social e cidadania. Nº 65, Editora Cortez, 2001.

YIN, R. K. Estudo de Caso: planejamento e métodos/ Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

PROMOÇÃO DA SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A CONCEPÇÃO DOS SECRETÁRIOS NOS MUNICÍPIOS DO PROJETO MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS NO NORDESTE DO BRASIL

Ana Paula de Melo
Ronice Franco de Sá

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo é parte de uma dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva ainda em processo de conclusão. O que será apresentado é o resultado parcial de uma breve reflexão sobre a compreensão dos sujeitos acerca do campo da Promoção da Saúde em cinco municípios do Agreste de Pernambuco que fazem parte do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil (PMSNB).

Ao longo das últimas décadas, a saúde se revelou como o resultado dos modos de organização social da produção, do trabalho como efeito da composição de múltiplos fatores em um determinado contexto histórico, aumentando cada vez mais a percepção de que o modelo Biomédico, com sua visão assistencialista e curativa acerca do processo saúde-doença, não bastaria para intervir sobre seus determinantes e condicionantes mais amplos (BRASIL, 2006).

No final da década de 70, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realiza a I Conferência Internacional da Saúde, na cidade de Alma-Ata, nome pelo qual ficaria conhecida. Esta conferência desdobra-se na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986) que teve como resultado outro marco importante, a “*Carta de Ottawa*”. A priori, foi uma resposta às expectativas por uma “*nova saúde pública*” focalizada nos países industrializados.

Neste momento, o conceito de Promoção da Saúde é definido como “*um processo de capacitação para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*”. Surge então, uma nova definição da saúde que deve ser vista como um “*recurso para a vida e não como objetivo de viver*”. Trata-se, portanto, de um conceito positivo que enfatiza os meios sociais e pessoais, bem como, as capacidades físicas. A Promoção da Saúde é *per si* uma importante dimensão da qualidade de vida para o desenvolvimento social, econômico e pessoal (BRASIL, 2006).

Após a Conferência de Ottawa, seguiram-se a produção de outros importantes documentos que foram a base de discussão dos pilares da Promoção da Saúde e como consequência surgiu o movimento por Cidades Saudáveis. Este ideário tem sido fomentado pela OMS desde então e disseminado por vários países, na tentativa de responder, às mudanças decorrentes dos processos de Globalização, Descentralização e Democratização, Urbanização acelerada e dos novos arranjos políticos e institucionais (WESTPHAL & MENDES & COMARU, 2006).

Mendes (1999 apud LEFRÉVE & LEFRÉVE, 2004) define este movimento como um projeto estruturante do campo da saúde, em que os atores procuram transformar a cidade em um espaço de produção social da saúde, através da gestão social e compartilhada. Dessa forma, a saúde é entendida como qualidade de vida e considerada como objeto de todas as políticas públicas, dentre estas, as políticas de saúde. A implementação de um projeto político nesta perspectiva exige uma nova racionalidade na forma de governar uma determinada localidade.

Apesar desta iniciativa ter sido inspirada pelos movimentos internacionais advindos de países industrializados e desenvolvidos, aqui no Brasil assume características próprias para se ajustarem aos aspectos culturais, sociais e políticos do país e começa a ser considerado uma possibilidade de implementação de uma política pública voltada para o desenvolvimento das potencialidades dos municípios (AKERMAN & MALO, 2006).

A estratégia de Cidades Saudáveis representa a concretização de uma das abordagens locais mais efetivas da promoção de saúde. Sob a ótica da saúde como qualidade de vida, as suas ações têm como enfoque estratégico os determinantes da saúde mais do que as consequências em termos de doença. Em resumo, o que se pretende é facilitar os mecanismos para que as pessoas possam melhorar suas condições de vida, enfocando a união entre autoridades locais e membros da comunidade e o estabelecimento e fortalecimento de parcerias (OPAS, 2002).

A incapacidade do modelo de atenção à saúde vigente de responder a complexidade dos problemas na população brasileira e as demandas por melhores condições de vida e saúde, exige um tratamento de forma integrada e sistêmica destas questões. Neste sentido, destacam-se como palavras-chaves deste movimento a intersetorialidade e a participação social e em função destes componentes, a idéia é instituir uma nova forma de governar as cidades, com fortalecimento da gestão local (WESTPHAL & MENDES & COMARU, 2006; MENDES 2000).

A intersetorialidade é um processo de construção compartilhada onde os vários saberes estabelecem um grau de abertura para dialogar em benefício da melhoria da qualidade de vida da população. O planejamento intersetorial está apoiado na compreensão da complexidade dos problemas e no pressuposto de que na realidade estes cruzam os setores e deve-se buscar uma articulação entre saberes e experiências visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social (BRASIL, 2006; JUNQUEIRA, 1997).

Outro ponto a ser tratado diz respeito aos modos de viver que têm sido abordados tradicionalmente, numa perspectiva individualizante e fragmentária, colocando os sujeitos e as comunidades como únicos responsáveis pelas várias mudanças ocorridas no processo saúde-doença ao longo da vida.

Entretanto, com o conceito ampliado de saúde e as cartas de Promoção da Saúde, esta perspectiva propõe que as intervenções tomem como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, incidindo sobre as condições de vida da população e favorecendo as escolhas saudáveis dos indivíduos e coletividades.

A saúde, sendo uma produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação social ativa de todos os atores envolvidos em sua produção, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. O agir sanitário deve envolver o estabelecimento de uma rede de compromissos e corresponsabilidades construída a partir de uma gestão compartilhada, integrada e participativa.

Em 2003, surge o projeto “Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil” resultante de uma parceria entre o governo do Brasil e o Japão através do Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco NUSP/UFPE (órgão executor da proposta), a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) e a Secretaria de Planejamento do Governo do Estado de Pernambuco da Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco (CONDEPE-FIDEM) (FRANCO DE SÁ *et al*, 2006).

Baseado nos pilares da Promoção da Saúde, do Desenvolvimento Local e no Movimento Internacional de “Cidades Saudáveis” tem como objetivo maior melhorar a qualidade de vida da população e reduzir as desigualdades sociais na Região Nordeste a partir de princípios como a base territorial, a intersetorialidade, a articulação entre os diversos níveis e atores, a sustentabilidade e a integração (FRANCO DE SÁ *et al*, 2006).

O PMSNB é desenvolvido em cinco municípios do Agreste de Pernambuco - Bonito, Sairé, Barra de Guabiraba, São Joaquim do Monte e Camocim de São Félix - que foram escolhidos a partir de critérios como as semelhanças loco-regionais entre eles, a proximidade da capital Recife. Seu objetivo direto seria estabelecer mecanismos de articulação e implantação conjunta da proposta entre a população e o poder público numa cooperação intersetorial dentro do estado através da democracia e participação popular (FRANCO DE SÁ *et al*, 2006).

O presente estudo pretendeu realizar uma análise sobre a visão dos secretários acerca da Promoção da Saúde, como se dão os processos de intersectorialidade e de participação social que estão sendo desenvolvidos nestes municípios, através do olhar destes vários gestores que trabalham na prefeitura de cada uma das localidades, assim como, conhecer como estes profissionais compreendem a diferença entre a promoção e a prevenção da saúde. Sublinha-se que a participação que se quer entender aqui é como esse componente tem influenciado no planejamento, elaboração e execução das ações nos municípios.

Destaca-se a importância da realização deste estudo na medida em que tanto a base conceitual do campo da Promoção da Saúde como os ideais das Cidades Saudáveis fazem parte de uma temática bastante recente, principalmente nos países da América Latina. Apesar das várias conferências e a produção de importantes documentos que construíram esta base, a adoção deste paradigma à gestão municipal ainda é um grande desafio para os países com modelos políticos com tradição paternalista e clientelista como o Brasil.

Existe atualmente uma visível escassez na literatura acerca da temática e neste sentido, há uma grande necessidade de se registrar experiências que demonstrem a efetividade de propostas como a do PMSNB que têm como possibilidade a mudança nos conceitos de gestão de políticas públicas e melhoria da saúde das populações dos seus territórios.

Para Franco de Sá & Nishida (2006) não se deve evidenciar somente O QUE funciona na Promoção da Saúde, mas principalmente, COMO e PORQUE funciona e sob quais condições, o que implica numa avaliação contínua que contemplem os resultados, métodos e as capacidades individuais, sociais, organizacionais.

Além disso, o paradigma da Promoção da Saúde não se restringe apenas a atuação sobre o campo específico da saúde, mas sobre os seus determinantes e condicionantes que influenciam o

cotidiano da população e seus efeitos, só se manifestam em longo prazo, sendo difícil estabelecer relações diretas entre resultados e medidas implementadas.

Sendo assim, a questão principal do presente estudo foi conhecer o que os secretários das prefeituras dos municípios que participam do PMSNB compreendem por Promoção da Saúde. E como questões secundárias: Como os secretários compreendem os pilares Intersetorialidade e a Participação Social? Como os secretários percebem a diferença entre a Promoção da Saúde e a Prevenção de Doenças? E quais as ações e/ou atividades visualizadas nas prefeituras dos municípios do PMSNB que são guiadas pelos princípios da Promoção da Saúde: Intersetorialidade e Participação Social?

2. METODOLOGIA

O presente estudo adotou a perspectiva da Pesquisa Qualitativa, um campo de investigação que consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo, transformando-o em uma série de representações para uma melhor compreensão interpretativa da experiência humana. (DENZIN, 2006). Ela envolve uma ampla variedade de práticas interpretativas interligadas que pretende apreender, da melhor forma possível, a realidade que se quer estudar.

Considerando que o presente estudo analisou **como** os gestores das prefeituras dos municípios do PMSNB compreendem a Promoção da Saúde a partir dos pilares da Intersetorialidade e da Participação Social, a estratégia de Estudo de Caso único e descritivo (YIN, 2005) apresentou-se apropriada uma vez que a questão principal desta pesquisa implicou em conhecer um processo, um "como".

A pesquisa foi realizada em cinco municípios do Agreste de Pernambuco que fazem parte do PMSNB, especificamente com gestores da equipe que trabalham nas respectivas prefeituras de Bonito, São Joaquim do Monte, Barra de Guabiraba, Camocim de São Félix e Sairé.

Optou-se por selecionar os gestores locais como sujeitos da pesquisa já que participam da construção da agenda de prioridades, da formulação e implantação das ações que são guiadas pela promoção da saúde desenvolvidas no município. Além disso, são os atores responsáveis por garantir o compromisso político de melhoria da qualidade de vida de seus cidadãos através de uma gestão compartilhada e de manter também, o estímulo às práticas participativas, vinculadas ao processo de democratização.

Assim, os atores do estudo correspondem a 18 profissionais que foram elencados como informantes-chaves do processo, sendo estes os gestores das secretarias de Saúde, Educação e Desporto, Ação Social, Turismo e Desenvolvimento Econômico, Administração, Agricultura, Transporte e Obras que fazem parte do organograma das prefeituras municipais.

Esta amostra não comprometeu os resultados da pesquisa, uma vez que o seu objetivo não é a generalização, mas a compreensão destes sujeitos acerca da promoção da saúde e sua diferença em relação à prevenção, bem como os processos de intersectorialidade e participação social.

CrITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Os secretários deveriam estar ocupando o cargo a mais de seis meses na gestão atual.

CrITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Secretários que ocupam o cargo a menos de seis meses na gestão atual.

2.1. Fontes de evidências

2.1.1 Entrevistas semi-estruturadas

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas. De acordo com Flick (2004) esta seria uma importante técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas que se apóia num guia de entrevistas, possibilitando que os pontos de vista dos sujeitos entrevistados sejam expressos e que o pesquisador possa alterar a condução do processo sem perder o foco de seu estudo.

Neste estudo, foi proposto o uso da entrevista semi-estruturada que permite ao investigador, a construção de um roteiro aberto seguindo um guia flexível de questões a serem abordadas e que possa ser adaptado à realidade dos atores escolhidos.

Inicialmente, os entrevistados foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e do uso deste instrumento para o estudo. Além disso, com a permissão destes atores, estas informações foram gravadas, transcritas e estão em processo de análise.

O roteiro foi construído a partir do quadro conceitual elaborado para esse estudo e teve como eixos centrais: o entendimento dos gestores sobre os conceitos de promoção da saúde, prevenção da saúde intersectorialidade e participação social; a importância, limites e dificuldades destes pilares e por fim, a apresentação das ações nos municípios que são desenvolvidas com base neste campo.

2.1.1. Participação nos Encontros da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis e nos Seminários de Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil.

2.2 Método de análise dos dados

De acordo com Yin (2005) a análise dos dados consiste em examinar, categorizar, classificar, ou mesmo, recombinar evidências quantitativas com qualitativas para tratar o que foi proposto inicialmente no início do estudo.

Para a operacionalização desta análise foi necessária inicialmente a *familiaridade* do pesquisador com o que foi coletado, através de sua imersão nos dados brutos conseguidos com as entrevistas. A ordenação destes dados foi realizada a partir das transcrições destas entrevistas. Logo, o pesquisador tem se apropriado do sentido dos dados ao examiná-los para poder interpretá-los (POPE & MAYS, 2005).

Para efeito de produção deste artigo, foi feita uma leitura inicial das respostas dos sujeitos às entrevistas e os resultados descritos brevemente na próxima sessão. Estes dados ainda serão submetidos a um tipo de análise mais aprofundada conhecida por *análise de conteúdo*, classificada por Flick (2004) como um procedimento clássico empregado para analisar material textual, sendo a utilização de categorias um aspecto essencial desse tipo de análise. A técnica utilizada foi a *Temática* que, segundo Minayo (1992), é uma das melhores opções de análise de conteúdo para pesquisas qualitativas na área de saúde.

A análise será feita a partir de uma lógica indutiva através da qual se identifica categorias analíticas à medida que “emergem” dos dados. Dessa forma, não trabalharemos com categorias pré-definidas, ou seja, “a priori” (POPE & MAYS, 2005).

Neste caso, a estratégia analítica para o tratamento dos dados qualitativos que se pretende utilizar seria o programa NVivo 2,0 (RICHARDS & RICHARDS, 1998) que nos permite codificar e categorizar os temas extraídos de forma livre e também hierarquizados. Permite também acompanhar a evolução temporal das conclusões e das impressões e das anotações feitas no decorrer da análise.

3. RESULTADOS PARCIAIS

A partir das respostas observadas nas entrevistas realizadas descrevem-se os seguintes resultados parciais acerca da visão destes sujeitos sobre o campo da Promoção da Saúde e seus pilares.

Quando questionados sobre o conhecimento do PMSNB, a maioria dos secretários tem um conhecimento parcial do mesmo, a partir de reuniões realizadas na prefeitura, nas secretarias ou através de pessoas escolhidas como representantes da gestão, com pouca ou nenhuma participação nas reuniões do projeto. Os que têm um bom conhecimento acerca projeto são secretários eleitos como interlocutores entre a gestão e a comunidade e que participaram ativamente das reuniões, capacitações, encontros realizados pelo projeto.

Com relação ao entendimento sobre o conceito de Promoção da Saúde, as respostas indicaram que:

A maioria dos secretários apresentou uma visão mais restrita de Promoção da Saúde como sendo o cuidado com o meio ambiente, saneamento básico que tem relação direta com a melhoria da saúde; uma forma de dar condições de acesso à saúde e informação, relacionando promoção à prevenção, enfatizando a mudança de comportamento individual (Higiene, laser, atividade física, alimentação saudável) e o cuidado com a saúde do corpo e melhoria da condição financeira da população, restringindo-se à área da saúde e a área social (educação e ação social).

Os secretários que são interlocutores no projeto entre a comunidade e a gestão têm uma visão mais ampla como um campo que:

- Transcende a questão clínica. Engloba uma nova forma de pensar a saúde como um todo, o corpo como um sistema, colocando o cidadão no centro e trabalhando toda a sua necessidade em busca por uma vida saudável em todos os aspectos físico, psíquico, espiritual, etc. Conscientização individual e coletiva em busca de uma boa saúde que começa na família e depois se amplia pra comunidade.
- Possibilita o oferecimento de uma melhor qualidade de vida em todos os aspectos, o que favorece uma melhor saúde da população e a conseqüente diminuição dos gastos com a saúde.

No que diz respeito à compreensão dos secretários acerca da intersetorialidade, os secretários relataram que na prática a intersetorialidade ainda é insipiente, mas existe uma intenção, uma vontade de unir as secretarias. A intersetorialidade é vista como uma forma de:

- Agregar conhecimento, trocar informações entre as áreas, setores, pensar com articulação.

- Alinhamento, junção, socialização, união entre os setores da sociedade em busca de um bem comum, um objetivo final.
- Parceria, envolvimento de vários setores e da sociedade para promover a saúde, prevenir doenças e uma vida melhor pra o município.
- Ver o problema na sua integralidade e não pontual. Ver a complexidade das questões e como unir os diversos atores e setores que atuam no município pra resolverem o problema juntos Mas restrita a saúde a área social.

Quando questionados sobre qual seria a importância da Intersetorialidade, os entrevistados relataram que com essa prática:

- Existe a possibilidade de se conscientizar, estimular o desenvolvimento do potencial da cada indivíduo.
- Ao se juntar a visão de cada um sobre determinado objeto ou problema, consegue-se resolver de forma definitiva, mais rápida e eficiente os problemas, avançando-se na melhoria da saúde.
- De ação conjunta, colaboração, diálogo, entrosamento entre setores resulta numa maior agilidade no planejamento, implantação e andamento das ações, projetos.
- Há uma agregação, troca de conhecimento e de informações fundamentais para o aprendizado. Entretanto existe ainda uma grande necessidade de se trabalhar com foco no coletivo e superar o individualismo em campos complexos como a saúde e seus determinantes.
- Ao envolver toda a sociedade, comunidade, setores cada qual com a sua participação haverá uma maior conscientização sobre os problemas não só da saúde, mas do município como um todo.
- As políticas públicas só serão legítimas se forem pensadas por vários setores, principalmente a sociedade. Os ganhos coletivos gerando ganhos individuais.

Com relação aos limites e dificuldades em se trabalhar com intersetorialidade alguns secretários relataram não terem dificuldades em trabalhar junto com outros setores por causa da boa relação estabelecida com as outras secretarias. Mas a maioria dos entrevistados descreveu várias dificuldades como:

- A dificuldade de conhecimento, desinteresse da população e da própria gestão.
- Os gestores não saberem a forma de se alinhar, lidar com o diferente com o outro, com os interesses diferenciados e particulares, o que resulta em falta de interação para atingir objetivos e metas de maneira rápida e eficiente.
- Falta de estrutura organizacional, humana; Falta força de vontade, atitude de todos.
- O excesso de individualismo, independência de alguns secretários justificado pela falta de articulação, excesso de trabalho.
- Ter ética profissional para não atingir a área do outro, falta de respeito ao ponto de vista do outro, as pessoas estão preocupadas mais com o cargo, posição do que o bem-estar do município.
- A falta de reconhecimento profissional, financeiro levando a procura de vários empregos para compensar a dificuldade salarial. Como consequência falta de dedicação ao trabalho, falta de disponibilidade e articulação.
- Encontrar a liderança adequada, capacitada para cada setor o que define o sucesso ou fracasso das ações.
- Falta de interesse, falta de consciência dos gestores sobre a necessidade de se reunir, de criar um planejamento coletivo, muito focalizado no planejamento individual de cada secretaria o que gera superposição de ações.

Em algumas das respostas foram relatados exemplos de como acontece a intersectorialidade dentro das secretarias através de:

- Reuniões com setores pra ouvir opinião, conversar, oficinas educativas integrando atividades e atores.
- Fornecimento de serviços a partir de demandas surgidas e solicitadas por outros setores
- Acionamento de várias áreas necessárias para resolver problemas pontuais
- Contato com a comunidade em eventos, grupos, projetos.

Segundo os secretários a visão sobre a Participação social corresponde às seguintes definições como um todo:

- É sociedade civil decidir quais as suas reais necessidades e dificuldades; a comunidade e a gestão governarem,

decidirem, elaborarem juntos e a opinião dos cidadãos ser aceita e ouvida pelo governo.

- Conceito que se refere à questão da cidadania onde os sujeitos são empoderados, tornam-se conscientes de seu papel na sociedade e se sentem co-responsáveis na efetivação das políticas públicas.
- Participação individual através da procura da gestão pra falar de problemas individuais ou coletivos e a participação coletiva que é o envolvimento da comunidade em projetos comunitários.
- Controle social - Vivência que facilita o entendimento do contexto da gestão das políticas, aplicação dos recursos, conscientização do trabalho da gestão em prol do bem estar da comunidade, ou seja, transparência no trabalho.
- Espaço rico, de idéias, propostas de decisão mais coletiva, sendo necessário e importante o sujeito participar de todo o processo desde o inicio ate a sua avaliação.

Ao serem questionados sobre a importância dessa Participação Social, a maioria dos sujeitos concordou que este campo possibilita à comunidade falar de suas necessidades, seus problemas e a gestão ter uma melhor noção da realidade. Como consequência, a comunidade passa a desenvolver um maior sentimento de valorização, pertencimento por estarem participando de sua própria produção que é o crescimento e desenvolvimento do seu município. E ainda:

- Um maior grau de conscientização e colaboração, educação, responsabilidade e reivindicação.
- Favorecer a valorização, o conhecimento, a multiplicação de informações e o cuidado com a promoção da saúde na comunidade.
- Quando a iniciativa surge a partir da participação social há uma maior valorização, responsabilização e maior cuidado por parte da população beneficiada.
- O direito de escolher o representante político dá o direito de reivindicar, participar, integrar as políticas públicas do município.
- A política pública só é legítima se for construída com a participação da sociedade que é o principal alvo e beneficiários desta.

Quando questionados sobre quais canais que eles utilizam para estimular a participação social em seu âmbito de trabalho alguns secretários relataram que existem poucos espaços de reivindicação para a comunidade. E nos espaços que existem, a comunidade tem proposto, participado trazendo idéias, projetos, mas muitas vezes o pouco retorno existente por parte da gestão tem gerado uma falta de credibilidade na efetividade destes espaços. A participação, na maioria das vezes é estimulada das seguintes formas:

- Através de capacitações, palestras conversando com os profissionais e a comunidade, conscientizando, orientando sobre a importância de não esperar sempre pelo governo estimulando a formação de cooperativas para geração de renda.
- Priorização e escuta em conselhos, valorização, reconhecimento da participação voluntária e reuniões de pais e mestres.
- Maior comunicação entre a gestão e a comunidade, aproximação de suas necessidades e conscientização sobre o direito de reivindicar.
- A gestão parte da necessidade sentida pela comunidade e a partir daí construir o pensamento, a visão pra achar a solução do problema e fazer um trabalho de conscientização.
- Reuniões de pais e mestres, encontro com representantes de jovens nas escolas, grêmios, entidades governamentais, as organizações sociais, debates com alunos e com os professores.
- Através do PSF com reuniões e mutirões de saúde, programas e do ACS que é o vínculo mais direto entre o estado e a população porque ele conhece a realidade da comunidade.
- Presidentes e diretores de associações de moradores, sindicatos de trabalhadores rurais, cooperativas agrícolas.
- Cursos de formação, Profissionais da área de saúde e da área social (agentes sociais) capacitados pra estimular a participação nas comunidades.

4. CONCLUSÕES

As conclusões a seguir não pretendem exaurir os temas aqui apresentados parcialmente, mas apresentar apenas algumas reflexões realizadas sobre a visão destes atores que fazem parte da gestão nos municípios saudáveis.

De uma maneira geral, a maioria dos secretários não participavam das atividades realizadas pelo projeto e apresentaram uma visão diferenciada acerca do campo da promoção da saúde. Essa não participação foi justificada pela falta de tempo existente pra se dedicar a outros espaços de participação devido a grande responsabilidade que exige o próprio cargo. Estes secretários tinham uma visão de promoção como sendo prevenção ou um campo de funcionalidade desta, restringindo-a as áreas de saúde e social (como ação social e educação).

Os secretários que participavam ativamente do projeto como interlocutores entre a comunidade e a gestão destacaram a importância do projeto. Antes de sua implantação se tinha uma visão mais ampla de Promoção da Saúde como uma questão de autonomia, de melhor condição de vida, questão ambiental, econômica, social em todos os aspectos. O projeto trouxe uma visão mais específica da promoção com a questão da formação de redes, articulação entre os setores, união entre poder público e sociedade civil, sustentabilidade.

Com relação à Intersetorialidade percebeu-se que ela acontece de forma insipiente ou não acontece ainda por estar centrado no excesso de individualismo e setorização ainda existente nas secretarias e quando acontece, o trabalho é desenvolvido a partir de necessidades, demandas por ações pontuais trazidas pelas outras áreas.

No que concerne à visão Participação Social também foi trazida como insipiente dependente de uma série de fatores. Primeiro, na gestão está limitada a disponibilidade de recurso financeiro e na comunidade limitada a falta de investimento, de geração de renda, falta de oportunidade, falta de retorno e credibilidade na gestão.

Em segundo lugar, a falta de participação foi vista também como um problema causado por questões político-partidárias e pela falta de voluntarismo gerada pela grande necessidade financeira de comunidades pobres de cidades do interior.

Em terceiro lugar, essa participação não depende apenas do acesso dado pela gestão, dos espaços de reivindicação, mas de um cidadão que acredite no objetivo que se quer alcançar; um cidadão engajado nas ações.

Apesar disso, a participação é vista como um campo de grande relevância na construção das políticas municipais, pois se trata de um processo democrático de decisão, de escuta e reivindicação da comunidade. Uma ajuda social que estimula a conscientização social e política

Nos municípios onde foi construído o Plano Diretor foi relatado ainda que este instrumento como um exemplo concreto da participação, uma cartilha pra o gestor construída de forma participativa e democrática, se identificado as necessidades e prioridades locais. Com isso houve a melhora da otimização dos recursos para atender as reais necessidades das comunidades.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO. Promoção da Saúde: Da prevenção à mudança social. **GT de Promoção da Saúde e DLIS**. 19-23 de Junho de 2004. <Disponível em: www.abrasco.org.br>

ABRASCO. Promoção da Saúde consolida-se. **GT de Promoção da Saúde e DLIS**. 2005. <Disponível em: www.abrasco.org.br>

BOSI, M. L. M. & AFFONSO, K. C. Cidadania, Participação Popular e Saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 14 (2): 355-365, abr-jun, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2002. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2006. <Disponível em: www.saude.gov.br/bvs>

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. *In* CZERESNIA, D. e FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2003.

CARVALHO, S.R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeitos e mudança**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2005.

CZERESNIA, D. (org). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DENZIN, N. K. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens/** Norman K. Denzin, Yvonna S. Lincoln; trad. Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FLICK, U. **Uma introdução à Pesquisa Qualitativa**. trad. Sandra Netz. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FRANCO DE SÁ, R. YUASA, M. & VIANA, V. P. (org). **Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil: Conceitos, Metodologia e Relações Institucionais**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.

GOHN, M. G. Empoderamento e Participação da Comunidade em Políticas Sociais. **Revista Saúde e Sociedade**. v. 13, n. 2, p. 20-31, maio/ago 2004.

INOJOSA, R. M. **Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade**. Cadernos FUNDAÇÃO, n. 22, p. 102-110, 2001.]

LEFEVRE, F. & LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de Saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

MENDES, R. & FERNANDEZ, J. C. A. **Práticas Intersectoriais para a Qualidade de vida na cidade**. In: CEPEDOC Cidades Saudáveis, São Paulo, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: HUCITEC. p. 197-247, 2004.

MINAYO, M. C.; HARTZ, Z.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva na Cidade**. v. 5, nº 1, 2000.

MORIN, E. O Pensamento Complexo, um pensamento que pensa. In: Morin, E. & Lê Moigne, L. A Inteligência da Complexidade. São Paulo: Peirópolis, 2000.

POPE, C. & MAYS, N. Analisando Dados Qualitativos. In: **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. Trad. Ananyr Porta Farjado. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

RICHARDS, T.J. & RICHARDS, L. Using Computers in Qualitative Research in N.Denzin & Y.s. Lincoln (eds.) *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. London. Sage. 1998.

STOTZ, E. N. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. **Revista Saúde e Sociedade**. v. 13, n. 2, p. 5-19, maio-ago, 2004.

VIANA, V. P. Controle Social: questões para o debate. In: FRANCO DE SÁ, R. YUASA, M. & VIANA, V. P. (org). **Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil: Conceitos, Metodologia e Relações Institucionais**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: CAMPOS, G. W. S...[et al]. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 635-667, 2006.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**/ Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS NO NORDESTE DO BRASIL: IMPRESSÕES E RELATOS

Milena Cavalcanti
Rafaela Vasconcellos
Talita Guedes

*Os sonhos eram os mesmos, só mudavam as flores
Os sonhos eram os mesmos, só mudavam as cores
O sol nascia para todos, e éramos todos iguais
Só com flores e cores diferentes
Ficávamos sentados ao sol
Ficávamos sentados ao sol
Ficávamos sentados ao sol
vendo as flores brotarem em nossas peles.*

Flores e cores - Eddie

Resumo

Impressões e relatos sobre o Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil na perspectiva de algumas estagiárias, tomando a música “Flores e Cores” da banda Eddie (PE) como mote. O relato se baseia nas experiências vividas tanto na formação pragmática, quanto humana, ou melhor, na observação da aplicação da filosofia do projeto e nos vínculos interpessoais / disciplinares criados, respectivamente. Pretende-se, a partir de reflexões críticas, identificar erros e acertos, a fim de contribuir para um melhor aproveitamento do projeto como um todo.

Da idéia inicial

Seis meses após o início do nosso estágio no Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, deparamos-nos com a possibilidade de refletir sobre nossas experiências e vivências nesse processo. Na ocasião, então, do IV Seminário Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, realizado nos dias 8 e 9 de

novembro de 2007 em Gravatá – PE, apresentamos este trabalho na categoria-tema “Avaliação em Promoção da Saúde”.

A partir da lembrança de Milena, que ao escutar a música *Flores e Cores* da banda Eddie (PE) associava-a ao projeto e às pessoas envolvidas nele, resolvemos relacionar a letra às nossas impressões e relatos. Desta forma, foi feita uma analogia de o sol (“O sol nascia para todos”) com os pontos positivos; as flores (“as flores brotarem em nossas peles”) com algumas atividades das equipes locais; espinhos com alguns problemas encontrados; novas cores com as sugestões de melhorias e mudanças.

Antes do início das reflexões, procuramos fazer um vídeo com fotos de várias pessoas envolvidas no projeto, tanto nós, estagiárias, quanto os participantes das comunidades, relacionando cada imagem com a música inspiradora deste trabalho. As fotos escolhidas tinham o objetivo de mostrar o envolvimento afetivo (laços criados) entre os estagiários como também destes com as equipes locais.

→ Sol (pontos positivos)

A partir do surgimento da oportunidade de apresentarmos um trabalho no IV Seminário de Municípios Saudáveis, começamos a refletir quais pontos poderiam ser considerados positivos neste projeto. O mais evidente foi a interdisciplinaridade entre nós estagiários. Ao todo, somos doze estudantes de graduações como Jornalismo, Rádio e TV, Turismo, Medicina, Serviço Social, Economia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Pedagogia, Enfermagem. A convivência diária nos permitiu desmistificar sentidos comuns, preconceitos e formar vínculos pessoais e profissionais com o grupo. Pudemos também encontrar aspectos comuns entre as diversas áreas, facilitando assim a troca de conhecimentos e visões de mundo.

E, ao ter um viés extensionista, na medida em que lida com situações fora da Universidade e com comunidades dos municípios de Bonito, Barra de Guabiraba, Camocim de São Félix, Sairé e São Joaquim do Monte, o projeto nos proporcionou, mais do que simplesmente conhecer essas cidades e dar-lhes visibilidade, um encontro de realidades, inquietações, perspectivas e pessoas.

O poder de fala e a vontade de mudança dos participantes nos chamou atenção, quando íamos a campo participar das oficinas nos municípios. Em pouco mais de seis meses, percebemos que o projeto estimulou, ou melhor, potencializou os sujeitos locais a sentirem vontade de querer mudar sua realidade e

lutar por isso, o que se refletia em suas colocações e interferências nas conversas e discussões.

No entanto, a nossa experiência nos mostrou que, além da formação de conteúdo obtida durante o Curso de Formação de Promotores em Municípios Saudáveis e Promoção da Saúde – uma oportunidade única de poder contribuir com a melhoria da qualidade de vida de sua cidade – há também a formação humana, tanto nossa, enquanto estudantes, quanto dos participantes de cada município. Esse aspecto transcende a obtenção de conhecimentos e conteúdos, gerando a criação de vínculo entre as pessoas e proporcionando um clima saudável de amizade e carinho.

→ Flores Brotando (pequenas ações transformadoras da realidade)

Essas ações são um reflexo do que pequenos gestos como uma limpeza de rio ou um trabalho de sensibilização em uma escola podem plantar sementes e melhorar a qualidade de vida de uma comunidade participativa e integrada em prol de uma causa. Pela filosofia do projeto, os resultados só ocorrem em longo prazo e ações menores somadas contribuem para uma maior transformação posteriormente. As ações escolhidas foram:

- **Bonito** – Grupo de teatro de Alto Bonito – Formado por jovens, os quais se reúnem para a realização de peças teatrais em escolas, tendo como objetivo a formação de cidadãos conscientes.
- **S. J. Monte** - Limpeza coletiva do Rio Una, no distrito de Barra do Riachão – Foram retirados do Rio Una, importante fonte hídrica da região, detritos e materiais de difícil degradação como sacos plásticos e garrafas, os quais além de poluir, deterioravam a paisagem. Foram também colocadas em sua margem placas com conteúdo educativo.
- **B. de Guabiraba** - Workshop sobre “Saúde do adolescente” nas escolas – Dia com várias atividades e palestras educativas direcionadas aos adolescentes.

- **Sairé** - Plantação de duzentas mudas – Foram plantadas duzentas mudas de ipês por todo o município, a fim de embelezar o local e proporcionar melhoria da qualidade de vida na região.
- **Camocim** - Caminhada coletiva – A equipe local do PMSNB, juntamente com outros membros da comunidade, organizou uma caminhada coletiva pelo município. Tal atividade teve com objetivo incentivar a formação de hábitos saudáveis na população, como a prática de exercícios físicos e alimentação saudável, além de ser um momento de integração e descontração para todos os presentes.

→ **Dos Espinhos (pontos a serem revistos)**

Como alguns projetos não acontecem de acordo com o que foi planejado, durante o processo alguns pontos ou questões podem ser revistas para que este seja realizado de forma mais eficaz. O nosso “não papel”, em relação a nós, estagiárias, é um deles. De acordo com nossa visão, os que realmente praticam o que aprendem no curso de formação são os estagiários de comunicação – Jornalismo e Rádio e TV. Existem, no projeto, estudantes de várias áreas como Pedagogia, Nutrição, Medicina, Serviço Social, Enfermagem, Turismo, Economia e Terapia Ocupacional que poderiam contribuir de acordo com sua área de formação no planejamento das atividades.

A filosofia do projeto, que tem como princípio a participação da comunidade na gestão municipal, pode confrontar-se com questões de modelo de gestão da política local. Percebe-se o conflito de interesses entre desejos da comunidade e política local, dificultando assim, a realização de atividades para que o município se torne saudável.

O conflito entre a teoria e a prática é outro ponto que merece ser revisto, pois é bastante complicado praticar o que é aprendido durante o curso de formação de promotores, porque a aplicação de conceitos, na realidade, é uma tarefa difícil de ser realizada. É preciso que haja uma integração maior entre os conceitos discutidos e a realidade local.

Outro aspecto de extrema relevância e que merece ser revisto é a comunicação entre os sujeitos. Ora, num projeto em que há pessoas de diferentes áreas, conhecimentos e interesses – gestores, equipe técnica, universidade, peritos japoneses, Estado, grupos das comunidades, estagiários – um elemento fundamental para articular tudo isso é a comunicação. E em seus vários níveis:

Entre os três parceiros (NUSP, JICA, Condepe-Fidem): não que eles não trabalhem juntos, nem que não haja uma interação. No entanto, poderia haver uma *integração*, em que cada instituição se inteirasse realmente das ações das demais, para além do projeto de Municípios Saudáveis. Um melhor entendimento da filosofia e perfil das equipes implicaria uma contextualização mais profunda de seus interesses e ações em relação ao próprio projeto.

Parceiros e municípios: observamos, várias vezes, uma *falta de comunicação* entre ambos, no sentido de haver, por exemplo, uma ação na comunidade e a equipe técnica saber apenas depois e vice-versa. É como se a comunicação acontecesse só naquele dia do módulo, a cada quinze dias, nos encontros da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis ou nas reuniões de avaliação realizadas no NUSP. Isso é pouco para um projeto da complexidade e dimensão do Municípios Saudáveis. Comunicação, aqui, deveria ir para além de uma simples transmissão de mensagem, datas, nomes ou ações, para proporcionar uma integração, ou melhor, uma *relação*, forte o suficiente para desenvolver a filosofia e método do projeto.

Dentro de cada equipe local: em cada município, o grupo que participa do projeto parece ter problemas internamente. Não sabemos se por questões de liderança, desorganização ou choque de interesses. A liderança é importante, mas não que tenha uma retenção de informações. É essencial que tudo seja sempre muito dialogado com todos, num trabalho conjunto de fato, que priorize o coletivo e não o pessoal.

Equipe local e município: infelizmente, ainda há muitas pessoas dos municípios que não sabem, sequer, da existência do projeto. No IV Seminário de Municípios Saudáveis do Nordeste do Brasil, na ocasião do lançamento do plano diretor de Sairé, ouvimos o comentário de uma moradora da cidade de que desconhecia tal plano. Talvez, a equipe não consiga dialogar com o município como um todo. E que fique claro que não estamos querendo culpar

ou responsabilizar ninguém. Trata-se de uma observação, que acreditamos ser importante para tentar entender melhor todo esse processo e otimizá-lo.

Em relação à Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis, é importante destacar que tem de haver um sentimento de identidade e pertencimento entre os grupos dos cinco municípios-piloto (Barra de Guabiraba, Bonito, Camocim de São Félix, Sairé e São Joaquim do Monte). Antes de tudo, a idéia de rede está ligada à conexão, troca, união. Ela precisa estar muito forte, primeiro, no indivíduo, no grupo. E, nesse processo, a comunicação é indispensável. Afinal, como se trabalha junto se não se conhece os problemas, desejos e ações dos outros?

No Recife, existe um exemplo interessante: a Rede de Resistência Solidária. Trata-se de um coletivo criado em 2005, formado por cerca de sessenta grupos de comunidades da cidade, que desenvolvem suas próprias estratégias de comunicação. Fazem mutirões de grafiteagem, jornal *lambe-lambe*, reuniões, e tentam articular uma agenda coletiva. Na verdade, há interesses, causas e problemas em comum, tanto no caso urbano, como no do Agreste pernambucano. A diferença é que os integrantes do último ainda não se apropriaram da comunicação como um direito humano, estratégico.

→ **Novas Cores**

Por fim, pensamos e sugerimos algumas perspectivas:

1. O principal é que deve ser a base de todo processo, quase numa espécie de condição, é **introjetar a filosofia do projeto**. Todos os participantes (pessoas das comunidades, estagiárias, as instituições) deveriam conhecer bem o conceito ampliado de saúde, os valores e princípios do Método Bambu, e ter isso internamente bem forte, porque só a partir daí podemos aplicá-los nas ações e/ou reflexões, direcionando-as.

2. **Apropriação da comunicação como direito humano e bem público**. Infelizmente, a maioria das pessoas ainda não tem essa visão da comunicação, tem uma visão puramente instrumental. Comunicação é muito mais do que fotos ou filmagem, muito mais do que um registro. Comunicação é direito de cada um; de nós conversarmos e cada um ter direito de falar e escutar, num diálogo,

numa relação. E de produzir seus próprios conteúdos, representações e discursos, expressando suas visões de mundo e subjetividades. E, numa perspectiva bastante ampla – adquirida ao longo desses meses de estágio – podemos dizer que esse quadro da comunicação seria saudável.

3. Potencializar os sujeitos – Solidificar a interdisciplinaridade existente no projeto (estagiárias), para que cada um possa realmente contribuir de acordo com sua área. Poderia haver uma divisão por áreas de conhecimentos para que cada curso presente no projeto pudesse seguir um planejamento orientado para aplicar os conhecimentos em atividades do projeto. Assim, a interdisciplinaridade poderia ser consolidada, potencializando os conhecimentos das diversas graduações existentes no projeto Municípios Saudáveis.

AVALIAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE APRENDIZAGEM PARA OS ESTAGIÁRIOS DO PROJETO MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS NO NORDESTE DO BRASIL²⁶

Aislan Queiroz
Verônica Alves
Ronice Franco de Sá

1. Introdução

Este texto apresenta a reflexão de dois estagiários do Comitê de Avaliação do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, tendo por base a sua experiência, suas dificuldades e seu aprendizado. Usam como base a avaliação feita junto aos participantes do III Seminário Pernambucano de Municípios Saudáveis.

Dentro do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil o Comitê de Avaliação é responsável especificamente pelo monitoramento e avaliação das atividades realizadas. Mas que tipo de avaliação? Antes de tudo, faz-se necessário tecer algumas importantes considerações sobre o tema. Segundo Oakley e Clayton (2003), o objetivo primordial do monitoramento e/ou da avaliação é indicar se um determinado projeto está sendo realizado de acordo com o planejado.

Ainda segundo Oakley e Clayton, a maioria dos autores distingue monitoramento de avaliação, sendo que “o monitoramento é uma avaliação contínua e faz parte integral do gerenciamento do projeto, a avaliação é conduzida periodicamente tanto pela equipe do projeto quanto pelos beneficiários e, ocasionalmente, com a ajuda de equipes externas. O monitoramento termina com a finalização do projeto, já a avaliação pode se prolongar” (Cf. Casley & Kumar, 1987, p.2, *apud* Oakley & Clayton, 2003, p.27-28).

Os autores apontam ainda a necessidade de um sistema adequado para se medir corretamente a efetividade com que uma intervenção para o desenvolvimento social promove o empoderamento, um dos valores centrais dos Municípios

²⁶ Relatório feito por estagiários do Comitê de Avaliação no período de junho de 2006 a fevereiro de 2007.

Saudáveis. Apontam a necessidade de um modelo alternativo ao convencional, quantitativo e voltado a produtos, que permita aos participantes trabalhar monitoramento e avaliação como um processo de empoderamento.

Nesse aspecto, o foco se dá sobre as mudanças qualitativas. Assim, o monitoramento e a avaliação devem abranger tanto os resultados quanto o impacto da intervenção. Há uma confusão geral quanto ao significado de cada uma dessas duas dimensões do processo avaliativo, sendo que o efeito está ligado ao resultado mais imediato provocado pela intervenção e o impacto diz respeito às conseqüências ou aos produtos finais resultantes, direta ou indiretamente, de uma intervenção, sendo atribuídos valores substantivos ou objetivos a esses produtos. Vale dizer que ambos, monitoramento e avaliação prestam-se para medir essa efetividade da intervenção.

Vale ressaltar que, para esse processo de monitoramento e/ou de avaliação ocorrer satisfatoriamente é necessário um bom planejamento das atividades com reuniões periódicas conjuntas entre equipe técnica do projeto e beneficiários. Não há número de pessoas suficientes para realizar essa atividade. Por conta dessa deficiência, a coordenadora do Projeto que também dirige o NUSP, acumula a função de responsável pela avaliação o que não é recomendável, nem viável. Os estagiários do Comitê de Avaliação construíram e aplicaram um questionário de avaliação para o III Seminário Pernambucano de Municípios Saudáveis, ficando encarregado também de sua tabulação e conclusão.

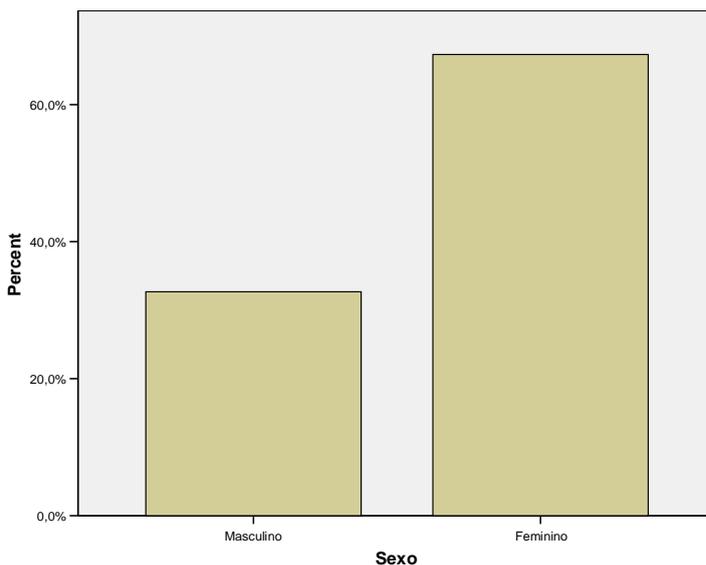
2. Atividades desenvolvidas pelo Comitê de Avaliação (junho 2006/ fevereiro 2007)

- Reuniões do Comitê.
- Participação em treinamentos e reuniões do Projeto.
- Leituras e fichamentos de textos.
- Participação nas atividades de mobilização comunitária e operacionalização das atividades de campo.
- Observação participante das atividades de campo (impressões).
- Elaboração de relatórios das atividades de campo.
- Elaboração de relatórios de avaliação.
- Elaboração, aplicação, tabulação e conclusão de questionários.

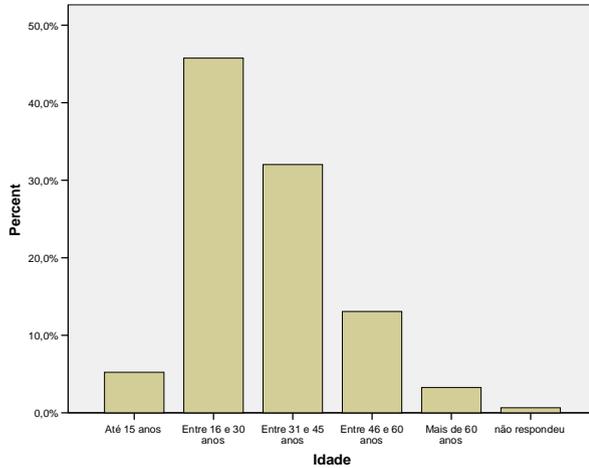
- Participação no I Fórum de Integração e Socialização das Atividades do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, no III Seminário Pernambucano de Municípios Saudáveis e na I Feira de Municípios Saudáveis.
- Participação nas oficinas, palestras e reuniões de capacitação e orientação dos estagiários.

3. Avaliação do III Seminário Pernambucano de Municípios Saudáveis

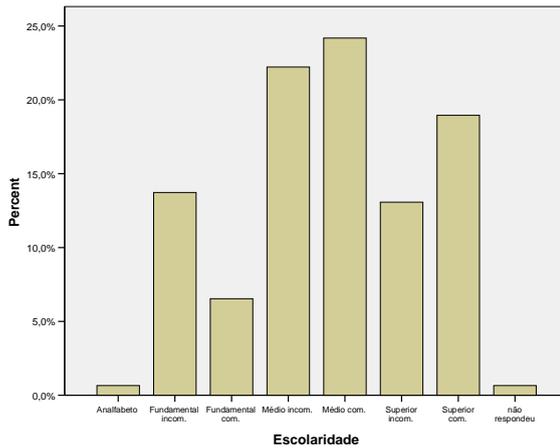
- Foram aplicados 153 questionários.



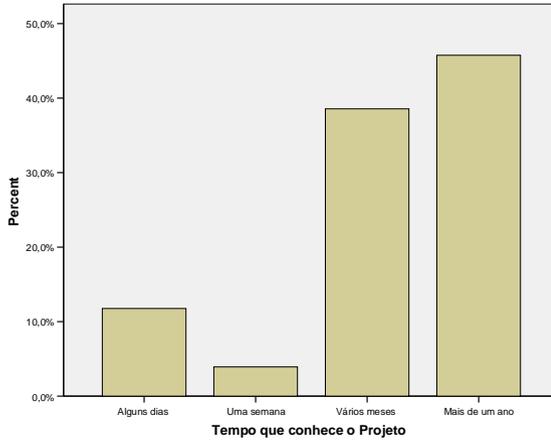
Obs: Do total de pessoas entrevistadas, 100 são mulheres e apenas 53 homens.



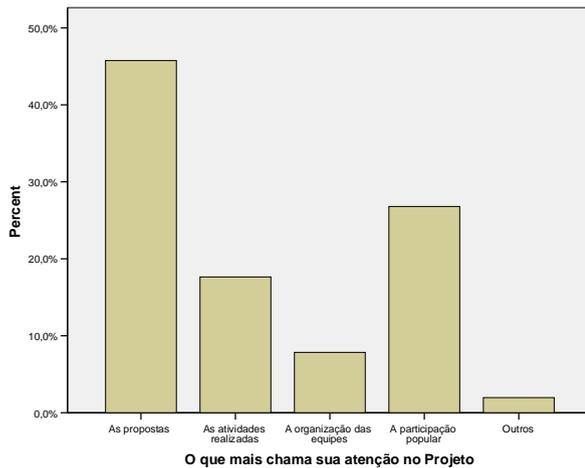
Obs: A distribuição por faixa etária dos entrevistados ocorreu da seguinte forma: Até 15 anos – 5,2%; entre 16 e 30 anos – 45,8%; entre 31 e 45 anos – 32,0%; entre 46 e 60 anos – 13,1; mais de 60 anos – 0,7% .



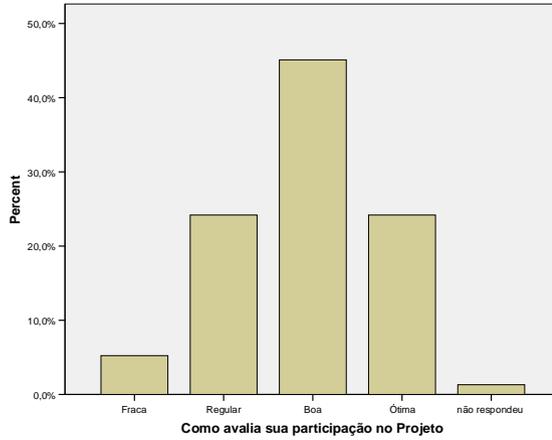
Obs: O nível escolar dos entrevistados está distribuído da seguinte forma: Analfabetos – 0,7%; Fundamental Incompleto – 13,7%; Fundamental Completo – 6,5%; Médio Incompleto – 22,2%; Médio Completo – 24,2%; Superior Incompleto – 13,1%; Superior Completo – 19,0%.



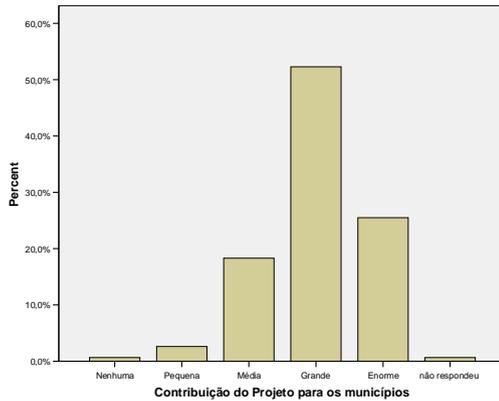
Obs: Com relação ao tempo que conhecem o projeto, os entrevistados responderam: Há alguns dias – 11,8%; Há uma semana – 3,9%; Há vários meses – 38,6%; Há mais de um ano – 45,8%.



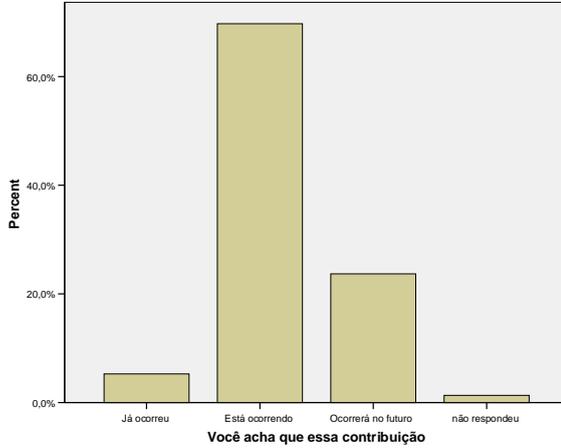
Obs: Sobre o que mais chama atenção no projeto, os entrevistados responderam: As propostas – 45,8%; As atividades realizadas – 17,6%; Organização das equipes – 7,8%; A participação popular – 26,8%; Outros – 2,0%.



Obs: Os entrevistados avaliam sua participação no projeto como: Péssima – 0%; Fraca – 5,2%; Regular – 24,2%; Boa – 45,1%; Ótima – 24,2.

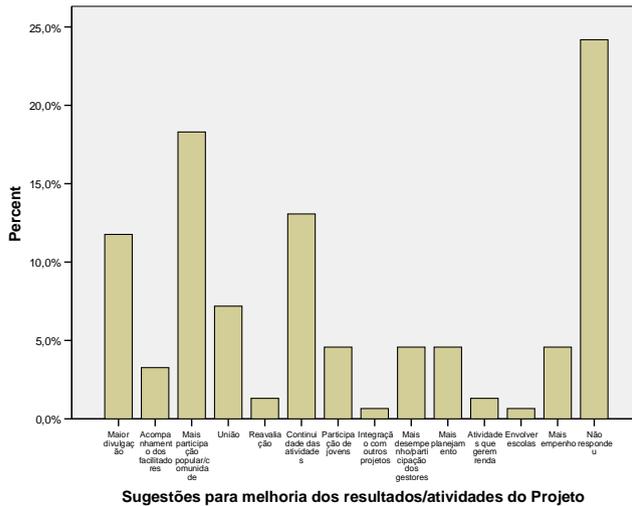


Questionados sobre a contribuição do Projeto para os municípios, responderam da seguinte forma: Nenhuma – 0,7%; Pequena – 2,6%; Média – 18,3%; Grande – 52,3%; Enorme – 25,5%.



Obs: Segundo os entrevistados, a ocorrência dessa contribuição: Já ocorreu – 5,2%; Está ocorrendo - 69,3%; Ocorrerá no futuro 23,5%.

Sugestões para melhorar os resultados /atividades do Projeto.



Maior divulgação: 11,8%
Acompanhamento dos facilitadores: 3,3%
Mais participação da população/comunidade: 18,3%
União: 7,2%
Reavaliação: 1,3%
Continuidade das atividades: 13,1%
Participação de jovens: 4,6%
Integração com outros projetos: 0,7%
Mais desempenho/participação dos gestores: 4,6%
Mais planejamento: 4,6%
Atividades que gerem renda: 1,3%
Envolver escolas: 0,7%
Mais empenho: 4,6%
Não responderam: 24,2%

4. Aprendizado dos estagiários

O Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil nos possibilitou concluir uma formação universitária mais ampla, condizente com a proposta do ensino público e gratuito que envolve: ensino, pesquisa e extensão. O Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social tem se destacado como um espaço que viabiliza a atividade de extensão universitária, reparando a grande deficiência que a Universidade Federal de Pernambuco tem com a atividade de extensão.

É importante ressaltar que, para nós o conhecimento adquirido na universidade deve ser compartilhado e deve ter uma utilidade para a sociedade brasileira. Sendo assim, vimos a experiência neste estágio como uma oportunidade de troca de conhecimento, nos termos da definição de Joanildo Burity (2005), Sociólogo da Fundaj/UFPE. Segundo ele, os processos de interação e troca de experiências/conhecimentos ocorrem mediante uma reciprocidade entre os atores, sem que haja uma sobreposição de um sobre o outro, a isso Burity chama “**dinâmica relacional**”. Dessa forma, podemos definir a nossa experiência de estágio, onde a troca de conhecimento está sempre presente, seja em virtude do caráter interdisciplinar do NUSP seja em função das atividades realizadas em campo.

Foi bastante satisfatório participar de um projeto que visa uma intervenção social de cunho emancipatória, que envolve um empoderamento da comunidade em busca de seus direitos e de uma melhor qualidade de vida, contrariando outras formas de intervenção social de cunho assistencialista.

O Curso de Ciências Sociais nos possibilita um amplo conhecimento da desigualdade social no Brasil, como também das dificuldades de implementação de políticas públicas que visem corrigir essa desigualdade. O aprendizado das teorias sociológicas

são instrumentos que norteiam uma melhor compreensão da realidade social, e a forma adequada para se fazer avaliação de um contexto social. O conhecimento teórico já adquirido no curso, que posteriormente foi aprofundado nas leituras do Comitê de Avaliação, como por exemplo, a concepção de empoderamento e o conceito de capital social em Robert Putnam e Pierre Bourdieu, nos possibilitou um melhor desenvolvimento das atividades no comitê.

5. Considerações finais

Para melhoria do funcionamento do estágio sugerimos:

- Apresentação do trabalho de todos os comitês e de seus respectivos integrantes
- Cumprimento de todo o programa de formação do estágio
- Capacitações direcionadas para as atividades específicas dos comitês
- Capacitação para utilização de todos os instrumentos de trabalho do NUSP
- Mais computadores e em bom estado de funcionamento
- Cumprimento dos horários estabelecidos e horários mais adequados para as reuniões
- Reuniões mais regulares dos comitês
- Reuniões que possibilitem a interação entre as pessoas e o conhecimento dos trabalhos desenvolvidos nos comitês
- Maior orientação aos estagiários pelos técnicos

Para melhoria do funcionamento dos comitês:

- Reunião para apresentação dos objetivos e das atividades dos comitês
- Um planejamento prévio das atividades a serem realizadas
- O cumprimento sistemático das metas propostas pelos comitês
- Avaliação periódica das atividades dos comitês bem como do desempenho dos estagiários

6. Referência bibliográfica

OAKLEY, P. e CLAYTON, A. **Monitoramento e Avaliação do Empoderamento**. Inglaterra: Intrac, 2003. 93p.

**REGISTRO DE DISCUSSÕES
ENTRE A AGÊNCIA DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL
DO JAPÃO E AS AUTORIDADES RESPONSÁVEIS DA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL SOBRE A
COOPERAÇÃO TÉCNICA JAPONESA PARA O PROJETO
MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS NO NORDESTE DO BRASIL**

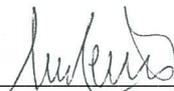
A Agência de Cooperação Internacional do Japão (doravante denominada "JICA") através do Coordenador de Cooperação Técnica do Japão no Brasil trocaram opiniões e tiveram uma série de discussões com as autoridades brasileiras preocupadas no que diz respeito a medidas desejáveis a serem tomados por ambos os Governos para uma implementação bem sucedida do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil.

Como um resultado das discussões, e de acordo com o previsto no Acordo Básico de Cooperação Técnica entre o Governo' do Japão e o Governo da República Federativa do Brasil, assinado em Brasília, no dia 22 de setembro 'de 1970 (doravante denominado de "Acordo Básico"), o Coordenador de Cooperação Técnica do Japão no Brasil da JICA e as autoridades brasileiras de interesse recomendam aos seus respectivos governos o assunto que segue doravante e os anexos inclusos.

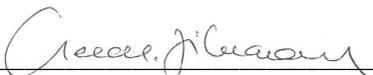
Recife, 25 de Agosto de 2003.



Sr. Hiroshi MATSUTANI
Coordenador de Cooperação
Técnica do Japão no Brasil



Embaixador Marco César
Meira Naslavsky
Diretor Geral, Agência
Brasileira de Cooperação,
República Federativa do Brasil



Prof. Geraldo José Marques Pereira
Vice-Reitor em Exercício da Reitoria
Universidade Federal de
Pernambuco
República Federativa do Brasil



Sr. José Arlindo Soares,
Secretário
Secretaria de Planejamento
do Estado de Pernambuco,
República Federativa do Brasil

Documento Anexo

I. Cooperação entre (ambos) os Governos

1. O Governo da República Federativa do Brasil cooperará de forma mútua na implementação do Projeto de Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil (doravante denominado de Projeto), em cooperação com o Governo do Japão.
2. O PROJETO será implantado de acordo com o Plano Mestre que está no Anexo I

II. Medidas a serem tomadas pelo Governo do Japão

De acordo com as leis e regulamentos em vigor no Japão e as cláusulas do Artigo III do Acordo Básico, o Governo Japonês adotará, às suas custas, as seguintes medidas através da JICA, de acordo com os procedimentos normais do seu esquema de Cooperação Técnica.

1. Envio de Peritos Japoneses

O Governo do Japão fornecerá os serviços de peritos japoneses como mostra no Anexo II. A cláusula do Artigo IV - (1) do Acordo Básico será aplicado aos peritos mencionados acima.

2. Provisão de Maquinaria e Equipamento

O Governo do Japão fornecerá tais maquinarias, equipamentos e outros materiais (doravante mencionado como "O equipamento") necessários para a implementação do Projeto conforme listado no Anexo III. A cláusula do Artigo IX do Acordo será aplicada ao Equipamento.

3. Treinamento de Pessoal Brasileiro no Japão

O Governo do Japão receberá os brasileiros ligados ao Projeto para treinamento técnico no Japão. A cláusula do Artigo III - (1) do Acordo Básico será aplicado ao treinamento.

III Medidas a serem tomadas pelo Governo Federativo do Brasil

1. De acordo com as leis e regulamentos em vigor na República Federativa do Brasil, o Governo da República Federativa do Brasil tomará medidas necessárias para assegurar a operação auto-confiável do Projeto durante e depois do período de Cooperação Técnica dos japoneses, através de um envolvimento pleno e ativo por todas as autoridades, instituições e grupos beneficiados no projeto.
2. De acordo com as cláusulas do Artigo IV do Acordo Básico, o Governo da República Federativa do Brasil assegurará que as tecnologias e conhecimentos adquiridos pelos brasileiros como resultado da cooperação técnica japonesa contribuirão para o desenvolvimento econômico e social da República Federativa do Brasil.
3. De acordo com as cláusulas do Artigo V, VI e VII do Acordo Básico, o Governo da República Federativa do Brasil subvencionará benefícios, isenção e privilégios brasileiros para os peritos japoneses e suas famílias mencionadas no II - 1.
4. De acordo com as cláusulas do Artigo IX do Acordo Básico, o Governo da República Federativa do Brasil tomará as medidas necessárias para receber e usar o Equipamento fornecido através da JICA conforme o Artigo II - 2 acima e materiais, equipamento e maquinarias trazidos pelos peritos mencionados no II - 1 acima.

5. O Governo da República Federativa do Brasil tomará as medidas necessárias para assegurar que o conhecimento e experiência adquiridas pelo pessoal brasileiro no treinamento técnico no Japão será utilizado efetivamente na implantação do projeto.
6. De acordo com a cláusula do Artigo V - (1)-(11) do Acordo Básico, o Governo da República Federativa do Brasil fornecerá os serviços do pessoal da contraparte brasileira e pessoal administrativo como listado no Anexo IV.
7. " De acordo com a cláusula do Artigo V - (1)-(1) do Acordo Básico, o Governo da República Federativa do' Brasil fornecerá estrutura e facilidades conforme especificado no Anexo V.
8. De acordo com as leis e regulamentos em vigor na República Federativa do Brasil, o Governo da República Federativa do Brasil tomará as medidas necessárias para suprir ou repor do seu próprio orçamento, maquinaria, equipamento, instrumentos, veículos, ferramentas, peças sobressalentes e qualquer outro material necessário para a implementação do Projeto diferentemente do Equipamento fornecido através da JICA em conformidade com II - 2 acima.
9. De acordo com as leis e regulamentos em vigor na República Federativa do Brasil, o Governo da República Federativa do Brasil tomará as medidas necessárias para encontrar as despesas correntes necessárias para a implementação do Projeto.

IV. Administração do Projeto

1. O Reitor da Universidade Federal "de Pernambuco, como Diretor do projeto terá a total responsabilidade pela Administração e implementação do Projeto. O Secretário da Secretaria de Planejamento do Estado

- de Pernambuco (doravante denominada como SEPLAN) apoiará o Diretor do Projeto, como Vice-Diretor do Projeto.
2. O Coordenador do Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social (doravante denominado "NUSP"), como Gerente do Projeto, será responsável pelos assuntos técnicos e administrativos do Projeto.
 3. O Conselheiro Chefe Japonês proverá recomendações e conselhos ao Diretor do Projeto, ao Vice-Diretor e ao Gerente do Projeto sobre qualquer problema relativo a implementação do Projeto.
 4. Os peritos japoneses darão as orientações técnicas e conselhos necessários ao pessoal da contraparte brasileira sobre problemas técnicos relativos à implementação do Projeto.
 5. Para a implementação efetiva e bem sucedida da cooperação técnica para o Projeto, um Comitê de Coordenação Conjunta será estabelecido, cujas funções e composição estão descritas no Anexo VI.
 6. O organograma do Projeto está mostrado no Anexo

VII.

V. Avaliação Conjunta

A Avaliação do projeto será conduzida conjuntamente pelos dois Governos através da JICA e das autoridades brasileiras participantes, no meio e durante os últimos seis meses do termo da cooperação, a fim de examinar o nível de realização.

VI Reclamações contra os Peritos Japoneses

De acordo com as cláusulas do Artigo VII do Acordo Básico, o Governo da República do Brasil deverá

conduzir as reclamações, se surgir algo contra os peritos japoneses envolvidos na cooperação técnica para o Projeto, resultando de acontecimento no curso do mesmo, ou de outra maneira ligado com o desempenho de suas funções oficiais na República Federativa do Brasil, exceto por aquelas surgidas de conduta imprópria proposital ou negligência grave dos peritos japoneses.

VII Consulta Mútua

Haverá consulta mútua entre os dois Governos sobre qualquer questão importante que surja, ou em conexão ao Documento em Anexo.

VIII Medidas para promover entendimento e suporte ao Projeto

Com o propósito de promover apoio ao Projeto entre o povo da República Federativa do Brasil, o Governo da República Federativa do Brasil tomará medidas apropriadas para fazer o Projeto amplamente conhecido do povo da República Federativa do Brasil.

IX Termo de Cooperação

A duração da cooperação técnica para o Projeto em conformidade com este Documento Anexo será de cinco (5) anos, a partir de 1 de dezembro de 2003.
Plano Mestre

Anexo I Plano Mestre

Anexo II Lista dos Peritos Japoneses

Anexo III Lista de Maquinaria e Equipamento

Anexo IV Lista de Contraparte e Pessoal Administrativo

Anexo V Lista de Estruturas e Facilidades

Anexo VI Comitê de Coordenação Conjunta

Anexo VII Organograma

Anexo I Plano Mestre

1. Objetivos do Projeto

(1) Objetivo Geral

A qualidade de vida das pessoas nos municípios aonde "Atividades dos Municípios Saudáveis" foram conduzidas, são melhoradas no Nordeste do Brasil.

(2) Objetivo do Projeto

O sistema de "Municípios Saudáveis" é estabelecido pelos residentes em parceria com o Governo local, através de organização democrática da população e da cooperação intersetorial do Estado de Pernambuco.

2. Resultados do Projeto

(0) A execução e o sistema de gerenciamento do projeto são estabelecidos e funcionam bem.

(1) "Município Saudável" é desenvolvido em áreas piloto.

(2) Método técnico e método de monitoramento/avaliação do "Município Saudável" são desenvolvidos.

(3) "Município Saudável" é estendido para regiões além das áreas piloto.

3. Atividades do Projeto

0-1 Estabelecer um Comitê de Coordenação Conjunta (CCC)

0-2 Estabelecimento do progresso das atividades baseadas no PDM através da implantação do Comitê de Direção (CD), composto do NUSP, SEPLAN e dos Peritos Japoneses em conformidade com o CCC.

0-3 Estabelecer sete comitês necessários para a implementação do Projeto em conformidade com o Comitê de Direção (CD) onde os papéis estarão de acordo com o plano de ação geral do Projeto (Programa de Políticas, Aplicação de Método, Monitoramento/ Avaliação, Pesquisa, Comunicação, Apoio Educacional, Cooperação entre Áreas Piloto) e estabelecer os papéis de acordo com o plano de ação geral.

0-4 Implementar treinamento do sistema administrativo do Projeto continuamente. 0-5 Elaborar um plano de ação por cada rendimento/produção.

0-6 Assegurar recursos multi fundo de maneira a garantir as atividades de cada comitê.

0-7 Consolidar o ambiente do NUSP, adequar como um centro de referência para desenvolver metodologias interdisciplinares e inter-setoriais, que promove "Município Saudável" no Estado de Pernambuco e no Brasil.

0-8 Consolidar o ambiente do SEPLAN, adequar para desenvolver política pública sobre "Município Saudável" no Estado de Pernambuco.

1-1. Efetuar intervenção integral para áreas piloto.

1-1-1. Selecionar áreas piloto.

1-1-2. Compartilhar o conceito de "Município Saudável" com o povo e a administração da área piloto.

1-1-3. Efetuar um diagnóstico participativo.

1-1-4. Estabelecer um sistema de administração do "Município Saudável".

1-1-5. Fazer e introduzir uma agenda saudável que reflita a opinião popular.

1-1-6. Executar projetos prioritários.

1-1-7. Monitorar e avaliar uma agenda saudável.

1-2 Executar intervenção parcial em outras áreas piloto.

1-2-1. Selecionar áreas piloto.

1-2-2. Efetuar atividades da mesma maneira como na intervenção integral.

1-3. Promover o intercâmbio de experiências entre as áreas piloto.

2-1 Desenvolver um método para executar "Município Saudável".

2-1-1. Conduzir um treinamento técnico planejado pelos comitês estabelecidos na atividade 0-3.

- 2-1-2. Conduzir II,ª avaliação preliminar usando um Método de Avaliação Rural Rápido (RRA).
- 2-1-3. Cada comitê executa sua tarefa.
- 2-1-4. Elaborar o método técnico baseado nos rendimentos de cada comitê.
- 2-1-5. Conduzir a avaliação usando o Método de Avaliação Rural Rápido (RRA).
- 2-1-6. Verificar a eficiência e relevância do método técnico comparando com os resultados da avaliação preliminar/prévia.
- 2-1-7. Criar materiais (manuais, vídeos, etc) do método técnico.

2-2 Desenvolver o método de monitoramento/avaliação para executar o "Município Saudável".

- 2-2-1. Conduzir o treinamento técnico planejado pelos comitês estabelecidos na atividade 0-3.
- 2-2-2. Cada comitê executa suas tarefas.
- 2-2-3. Elaborar o método de monitoramento/avaliação baseado no resultado de cada comitê.
- 2-2-4. Verificar eficiência e relevância - do método de monitoramento/avaliação desenvolvido.
- 2-2-5. Criar materiais (manuais, vídeos, etc) do método de monitoramento/avaliação.

3-1. NUSP estende "Município Saudável".

- 3-1-1. Treinar especialistas (pessoal do estado/município, ONOs, grupos de pessoas, grupo de apoio na área piloto, consultores, etc.) e alunos que conduzam a introdução e aplique o método.

- 3-1-2. Conduzir o treinamento e compartilhar o conceito de "Município Saudável" para o pessoal do SEPLAN, administração do estado, comitê de desenvolvimento regional do estado, administração municipal, residentes municipais e outros parceiros.
- 3-1-3. Avaliar as atividades piloto da perspectiva do desenvolvimento social e realimentar as estratégias de extensão.
- 3-1-4. Informar o conceito e as atividades do "Município Saudável" através de "web si te", propaganda em revistas e acontecimentos no país e a sua volta.
- 3-1-5. Escrever documentos técnicos e fazer apresentações.

3-2. SEPLAN estende "Município Saudável"

- 3-2-1. Formular e ajustar uma estratégia de extensão de "Município Saudável".
- 3-2-2. Efetuar treinamento sobre "Município Saudável" para o pessoal do Estado de Pernambuco e outros.
- 3-2-3. Avaliar as atividades piloto pela perspectiva do desenvolvimento social e realimentar as estratégias de extensão.
- 3-2-4. Informar através da mídia estadual.
- 3-2-5. Participar de acontecimentos domésticos e internacionais de extensão.

3-3. Atores regionais da área piloto difundem "Município Saudável" através de iniciativa própria.

- 3-3-1. Atores regionais formulam os planos de ações por responsabilidade própria.

3-3-2. Atores regionais apresentam suas atividades em "workshops" e outros acontecimentos.

3-4. Praticar "Município Saudável" em "site" de extensão.

3-4-1. Selecionar o "site" de extensão.

3-4-2. Praticar "Município Saudável" no "site" de extensão, usando o método desenvolvido na atividade 2.

Anexo II Lista dos Peritos Japoneses

1. Chefe da Equipe Japonesa
2. Coordenador Administrativo
3. Peritos nas seguintes áreas:

Longo termo:

- (1) Saúde Pública
- (2) Desenvolvimento Social
- (3) Outras acordadas mutuamente conforme necessidade.

Curto Termo

- (4) Sociologia
- (5) Monitoramento e Avaliação
- (6) Administração Pública/Política Pública
- (7) Educação da Saúde
- (8) IEC
- (9) Outras acordadas mutuamente conforme necessidade.

Anexo III Lista de Maquinaria e Equipamento

1. Equipamento para o desenvolvimento do processo/monitoramento e método de avaliação do "Município Saudável"
2. Equipamento para a extensão do "Município Saudável"
3. Equipamento para implementar "Município Saudável" em áreas piloto.
4. Outros equipamentos mutuamente acordados conforme necessidade.

Anexo IV Lista de Contraparte e Pessoal Administrativo

1. Organização Contraparte

- (1) Universidade Federal de Pernambuco (*UFPE*)
- (2) Departamento de Planejamento do Estado de Pernambuco (*SEPLAN*)
- (3) Municípios designados como área piloto.

A *UFPE* preside sobre as organizações contraparte para a implementação do projeto. O *NUSP* da *UFPE* é também responsável pelo suporte de introduzir "Município Saudável" em áreas piloto, o desenvolvimento do método técnico e o método de monitoramento/avaliação, publicidade, etc.

A *SEPLAN* é responsável pelo monitoramento/avaliação e integração com os

vários projetos empreendidos no estado e pelo planejamento e promoção da estratégia de extensão.

Municípios designados como uma área piloto conduz o "Município Saudável" piloto como o apoio do NUSPIUFPE e SEPLAN.

2. Pessoal da Contraparte

(1) Diretor do Projeto

Reitor da Universidade Federal de Pernambuco

(2) Vice-Diretor

Secretário da Secretaria de Planejamento (SEPLAN)

(3) Gerente do Projeto

Coordenador do Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social (NUSP)

(4) Pessoal da contraparte nas seguintes áreas:

Política Pública! Administração Pública Educação

Engenharia de Meio Ambiente

Economia

Comunicação

Bem Estar Social

Outras áreas relacionadas conforme necessidade

(5) Pessoal Administrativo

1 secretárias

2 motoristas

3 outras pessoas de suporte, acordado mutuamente, conforme necessidade

Anexo V

Lista de Estruturas e Facilidades

1. Escritórios e outras facilidades necessárias para os peritos japoneses.
2. Facilidades tais como suprimento de energia, gás e água, sistema de esgoto, telefones e mobílias necessárias para as atividades do Projeto.
3. Transporte à disposição para a implementação do Projeto.
4. Outras vantagens mutuamente acordadas conforme necessidade.

Anexo VI Comitê de Coordenação Conjunta

1. Funções

O Comitê de Coordenação Conjunta se reunirá pelo menos uma vez ao ano e quando houver uma necessidade e trabalho:

- (1) Para formular o plano de trabalho anual para o Projeto sob o modelo deste Registro de Discussões.
- (2) Para revisar o progresso total do programa de cooperação técnica, assim como os empreendimentos do plano de trabalho anualmente mencionado acima.
- (3) Para revisar e discutir questões maiores originárias de, ou relacionadas ao programa de cooperação técnica.

- (4) Para discutir qualquer problema a ser acordado mutuamente, conforme necessidade, no que diz respeito ao Projeto.
- (5) Para fortalecer a colaboração inter-setorial entre organizações participantes do Projeto.

2. Composição

(1) Presidente: Reitor, Universidade Federal de Pernambuco

(2) Membros:

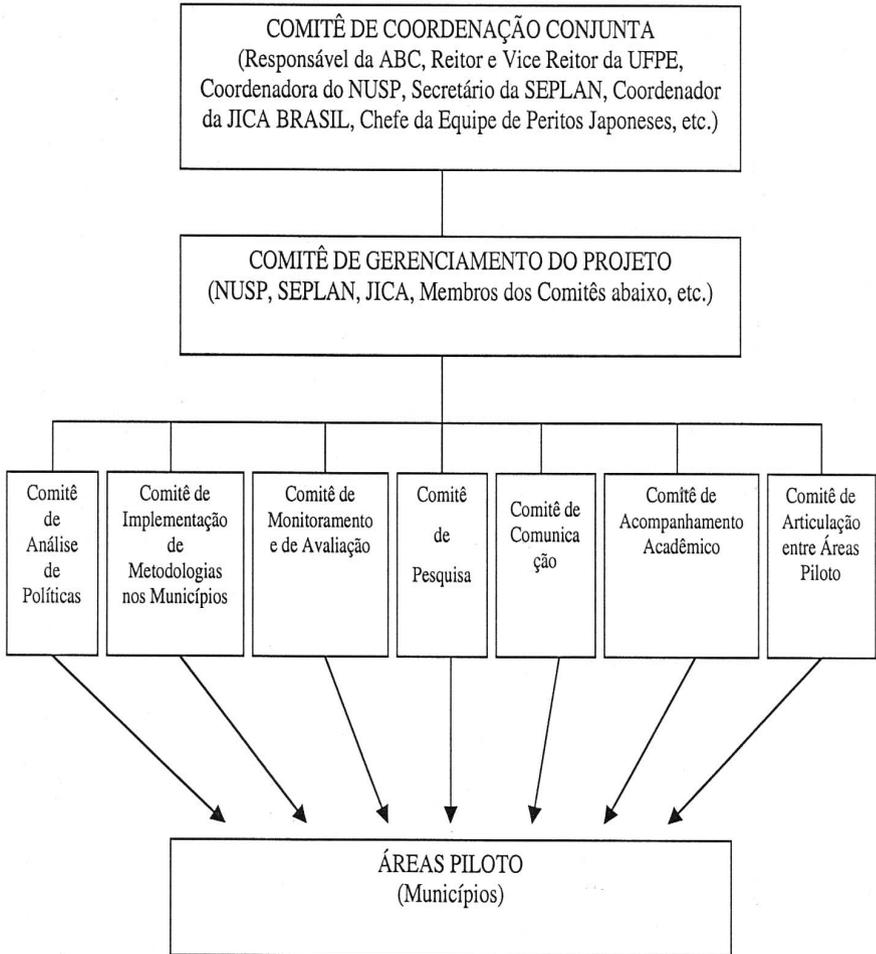
Lado brasileiro:

- (a) Diretor do Projeto
- (b) Gerente do Projeto
- (c) Vice-Gerente do Projeto
- (d) Representante da SEPLAN do Estado de Pernambuco
- (e) Representante das áreas piloto
- (f) Representante da ABC
- (g) Outras pessoas nominadas, se necessário.

Lado japonês:

- (a) Chefe da Equipe Japonesa
- (b) Coordenador Administrativo
- (c) Peritos
- (d) Representantes do Escritório da JICA Brasil
- (e) Outras pessoas a serem enviadas pela JICA.

ANNEX VII ORGANIZATION CHART



PDM Versão 3 do Projeto "Municípios Saudáveis* no Nordeste do Brasil"

Data de Elaboração - 15/05/2003

Data de 1ª Revisão - 23/03/2005

Data de 2ª Revisão - 08/08/2006

Data de 7ª Revisão - 27/07/2007

Instituições Executoras:

UFPE/NUSP, SEPLAN/CONDEPE-FIDEM

Instituição Colaboradora: JICA

Área de atuação: Estado de Pernambuco

Grupo Alvo: População dos municípios-piloto (Barra de Guabiraba, Bonito, Camocim de São Felix, Sairé, São Joaquim do Monte e Itambé) e outras localidades para difusão.

Período de Cooperação:

Dezembro de 2003 - novembro de 2008

"Municípios Saudáveis" quer dizer desenvolvimento local onde a população e o poder público, em conjunto, a partir da valorização das suas potencialidades, são capazes de promover a Qualidade de Vida."

RESUMO DO PROJETO		INDICADORES	MEIOS DE OBTENÇÃO DE DADOS P/VERIFICAÇÃO DE RESULTADO	CONDIÇÕES EXTERNAS
OBJETIVO MÁXIMO	Reduzir as desigualdades sociais na Região Nordeste do Brasil.			
OBJETIVO SUPERIOR	Melhorar a qualidade de vida da população do Estado de	1. Melhora o grau de interesse pela saúde e o grau de satisfação pela qualidade de vida dos moradores	Estudo de impacto	A política de desenvolvimento social de base participativa do Governo

<p>2 Aumenta a capacidade da população e do poder público local de implantar conjuntamente o "Municípios Saudáveis" nos municípios-piloto.</p>	<p>2-1. Facilitadores e Supervisores capacitados estão, em média, há mais de 1 ano em atividade.</p> <p>2-2. Mais de uma atividade espontânea (Atividades Bambu) tem continuidade em cada município-piloto.</p> <p>2-3. Cada Espaço de Articulação e Promoção de Políticas Públicas Saudáveis (EAPPPS chamado Espaço Bambu) utiliza mais de um dia por semana . *1 dia/semana=52 dias/ano</p>	<p>Registro do Projeto</p> <p>Registro do Projeto</p> <p>Registro do Projeto</p>
<p>3 O conceito e a metodologia do "Municípios Saudáveis" são difundidos para outras localidades além dos municípios-piloto.</p>	<p>3-1. Mais de 30% de municípios* pernambucanos participam do Encontro da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis. * (184-5)x30%=53 municípios aprox.</p> <p>3-2. Participam em seminários/cursos mais de 10% de municípios* que tomaram parte nos encontros da</p>	<p>Registro do Projeto</p> <p>Registro do Projeto</p>

		"Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis". * $53 \times 10\% = 5$ municípios aprox.	
--	--	--	--