

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA DA ENFERMAGEM**

**CONSTRUÇÃO COLETIVA DA PROMOÇÃO DE  
SAÚDE NA VIDA COTIDIANA: PARTICIPAÇÃO  
COMUNITÁRIA EM NÍVEL LOCAL**

**CLARA VIRGÍNIA CARO CASTILLO**

**FLORIANÓPOLIS,  
Agosto, 2000**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA DA ENFERMAGEM**

**CONSTRUÇÃO COLETIVA DA PROMOÇÃO DE  
SAÚDE NA VIDA COTIDIANA: PARTICIPAÇÃO  
COMUNITÁRIA EM NÍVEL LOCAL**

*Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Filosofia da Enfermagem.*

**CLARA VIRGÍNIA CARO CASTILLO**

**ORIENTADORA:  
DRA. ALACOQUE LORENZINI ERDMANN**

**FLORIANÓPOLIS,  
Agosto, 2000**

FLORIANÓPOLIS, 21 DE AGOSTO DE 2000


**CONSTRUÇÃO COLETIVA DA PROMOÇÃO DE SAÚDE  
NA VIDA COTIDIANA: PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA  
EM NÍVEL LOCAL**

**CLARA VIRGÍNIA CARO CASTILLO**

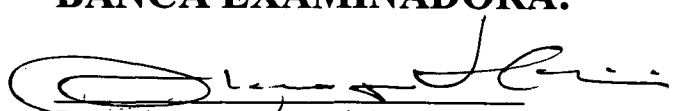
Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de:

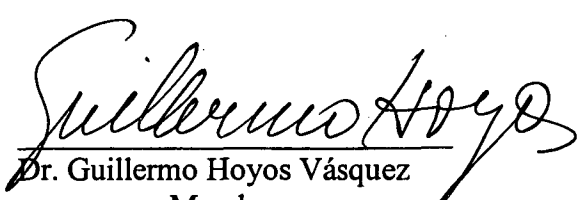
**DOUTOR EM ENFERMAGEM**

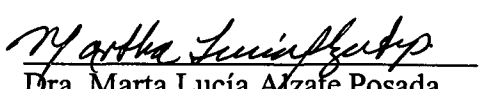
E aprovada na sua versão final em 21 de agosto de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia da Enfermagem.

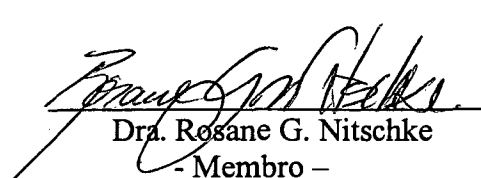
  
Denise Elvira Pires de Pires  
- Coordenadora PEN/UFSC

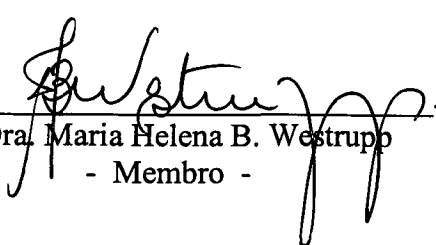
**BANCA EXAMINADORA:**

  
Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann  
- Presidente -

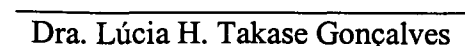
  
Dr. Guillermo Hoyos Vásquez  
- Membro -

  
Dra. Marta Lucía Alzate Posada  
- Membro -

  
Dra. Rosane G. Nitschke  
- Membro -

  
Dra. Maria Helena B. Westrupp  
- Membro -

  
Dra. Águeda Wendhausen  
- Suplente -

  
Dra. Lúcia H. Takase Gonçalves  
- Suplente -

## RESUMO

Trata-se de um estudo sobre a possibilidade de construção coletiva de uma proposta de promoção da saúde na vida cotidiana com a participação da comunidade em nível local. Partiu-se da premissa que a incorporação da política de promoção da saúde dentro dos projetos de desenvolvimento das localidades devem responder aos projetos de vida das pessoas e comunidades. A fundamentação teórica se fez a partir dos delineamentos expostos por Ágnes Heller sobre a vida cotidiana e as objetividades: *em si, para si, e a categoria para nós*. A proposta foi construída através de grupos de discussão, orientados pela metodologia: **investigação, ação e participação**, refletindo sobre as necessidades da comunidade e as categorias: homem, saúde e participação. /A concepção da saúde expressada pelo grupo corresponde à sua dimensão social ao associá-la com a vida, a felicidade, a paz. (O conceito de promoção da saúde está coerente com o conceito de saúde. Destacam-se como atividades de promoção da saúde a alimentação adequada, o trabalho e a participação na solução dos problemas como elementos fundamentais para ser saudável.) Os resultados obtidos permitem afirmar que a comunidade alvo da investigação conta com um tecido social de grande riqueza, que facilita o impulso de políticas públicas como a de promoção da saúde. Existem espaços comunitários de reflexão e práticas sociais que contribuem para manter saudável a comunidade. Os conceitos saúde e promoção da saúde são relacionados com as necessidades reais dos grupos comunitários. Os processos comunitários exigem uma nova dinâmica no desenvolvimento do trabalho comunitário em saúde. As categorias *em si, para si, e para nós* expressaram-se durante o processo como resultado da participação genuína das comunidades. A implementação da política da promoção da saúde consolida a Enfermagem como uma profissão e disciplina transformadora, mediante o fortalecimento da prática do cuidado da saúde e da vida.



## COLECTIVE CONSTRUCTION OF THE HEALTH PROMOTION IN THE DAILY LIFE: COMMUNITY PARTICIPATION AT LOCAL LEVEL

### ABSTRACT

This is about a possibility of coletive construction of a health promotion's proposal in the daily life with the participation of the community at local level. It was based on the premise that the incorporation of the politics of health promotion inside the development projects of the towns, should respond to the life projects of the people and the communities. The theoretical foundation was made starting from the statements exposed by Agnes Heller about the daily life and its objectives: *in itself, for itself and for us*. This proposal was constituted with the *discussion group* oriented by the methodology: investigation, action y participation, in which the necessities of the community and the categories: man, health and participation, were reflected upon. The health perception expressed by the group corresponds to its social dimension, when associating it with life, happiness, and peace. The concept of health promotion is coherent with the concept of health. The appropriate nourishment, the work and the participation in the solution of problems, stand out as health promotion activities; fundamental elements to be healthy. The obtained results allow to affirm: the community object of the research, has a social network of great wealth, facilitator for the impulse of public politics as that of health promotion. There are community spaces for reflection and social practices that contribute to maintain the community, healthy. The concepts of health and health promotion are related with the necessities of the community groups. The community dynamics require new dynamics in the development of the community work regarding health. The categories *in itself for itself and for us*, were expressed during the process as a result of the genuine participation of the communities. The implementation of the health promotion politics, consolidates Nursing as a transforming profession and discipline, by means of the strengthening of the healthcare and life practice.

## SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS.....	08
LISTA DE FIGURAS.....	09
LISTA DE TABELAS.....	10
LISTA DE QUADROS.....	11
INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I	
CONHECIMENTO DA REALIDADE.....	20
1.1 – Descrição do problema.....	20
1.1.1 – Generalidades do município.....	23
1.1.2 – Características geográficas.....	24
1.1.3 – Características demográficas.....	25
1.1.4 – Serviços públicos.....	28
1.1.5 – Características sócioeconômicas.....	30
1.2 – Descrição do Bairro 20 de Julho, Chiquinquirá.....	34
1.2.1 – Aspectos gerais.....	34
1.2.2 – Estrutura habitacional.....	37
1.2.3 – Serviços públicos.....	38
1.3 – Sistema local de Saúde.....	42
1.3.1 – Evolução do Sistema local de saúde a partir de 1990.....	43
1.3.2 – Características do Sistema Local de Saúde.....	46
1.3.3 – Plano Local de Saúde.....	47
1.4 – As Políticas.....	53
1.4.1 – Políticas curriculares.....	53
1.4.2 – Políticas de saúde.....	58
1.4.3 – Políticas investigativas.....	63
1.5 – Objetivos.....	68

## CAPÍTULO II

2 – MARCO TEÓRICO: PROMOÇÃO DA SAÚDE, VIDA COTIDIANA E PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA.....	69
2.1 – Promoção de saúde.....	73
2.1.1 – Cenários da promoção de saúde.....	73
2.1.2 – Dimensões da promoção da saúde.....	82
2.1.3 – Sistemas colombianos de seguridade social.....	85
2.1.4 – A promoção de saúde como política pública de saúde.....	91
2.1.5 – A promoção de saúde no sistema de seguridade social.....	93
2.2 – Fundamentação da Promoção de Saúde a partir da vida cotidiana.....	95
2.2.1 – Características da vida cotidiana.....	99
2.2.2 – A vida cotidiana e o homem.....	100
2.2.3 – Desenvolvimento das categorias em si, para si, para nós.....	102
2.3 – Participação Comunitária.....	109
2.3.1 – O estado e a participação comunitária.....	110
2.3.2 – A participação social em saúde.....	115

## CAPÍTULO III

3 – METODOLOGIA.....	124
3.1 – Desenho Metodológico.....	124
3.1.1 – Fundamentos epistemológicos: o construtivismo e a teoria crítica social.....	128
3.1.2 – A opção metodológica.....	134
3.1.3 – O objeto do conhecimento.....	134
3.2 – Desenvolvimento do processo investigativo.....	139
3.2.1 – A Fase de formulação.....	140
3.2.2 – A Fase do projeto.....	144
3.2.3 – A Fase de implementação.....	152

## CAPÍTULO IV

4 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	124
--	-----

## CAPÍTULO V

5 – SÍNTESE REFLEXIVA CONCLUSIVA.....	186
---------------------------------------	-----

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	212
-------------------------------------	-----

ANEXOS.....	203
-------------	-----

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Censos de população. Chiniquirá, Boyacá, Colombia 1905-1993.....	27
Gráfico 2 – Projeções populacionais. Chiniquirá, Boyacá, Colombia 1960 – 2010..	27
Gráfico 3 – Área semeada. Chiniquirá, Boyacá, Colombia 1998.....	31
Gráfico 4 – Cultivos transitórios. Chiniquirá, Boyacá, Colombia 1998.....	31
Gráfico 5 – Cultivos permanentes. Chiniquirá, Boyacá, Colombia 1998.....	32
Gráfico 6 – Habitação. Chiniquirá, Boyacá, Colombia. Censo DANE, 1985 – 1993..	33
Gráfico 7 – Analfabetismo. Chiniquirá. Boyacá, Colombia Censo DANE, 1993.....	34
Gráfico 8 - Investimento total em saúde. Chiniquirá, Boyacá, Colombia 1994-1998....	52

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Expressão das categorias em si, para si e para nós.....	109
Figura 2 – Projeto metodológico geral.....	128
Figura 3 – Desenvolvimento do processo investigativo.....	140
Figura 4 – Análise organizacional-institucional. Bairro 20 de julho.....	147
Figura 5 – Análise de informação de dados.....	153
Figura 6 – Diagnóstico social. Bairro 20 de Julho.....	156
Figura 7 – Árvore de priorização de problemas.....	160

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Distribuição da população por faixa etária.....	28
Tabela 2 – Mortalidade por faixa etária.....	51

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Concepção de homem. Grupo “Idade de Oro”. Bairro 20 de Julho Chiquinquirá. Boyacá, Colombia.....	169
Quadro 2 – Concepção de participação comunitária. Grupo Edad de Oro, Bairro 20 de Julio, Chiquinquirá Boyacá, Colombia.....	174
Quadro 3 – Concepção de saúde Grupo Idade de Oro, Chiquinquirá Boyacá, Colombia.....	181

## INTRODUÇÃO

O interesse no debate de aspectos relacionados com a temática de promoção da saúde nos níveis locais nasce da experiência na realização de projetos de extensão universitária da área da saúde. Neles, surgiram questionamentos e dúvidas relativas à operacionalização da política de promoção da saúde. Por isto, a presente pesquisa propõe e estuda as seguintes perguntas: É possível o desenvolvimento da promoção da saúde com participação comunitária no nível local e quais são as suas possibilidades?

A pesquisa parte da premissa de que a incorporação da política de promoção da saúde para os projetos de desenvolvimento das localidades deve responder, em parte, aos projetos de vida das pessoas e comunidades e às suas necessidades reais. Se forem conhecidos seus valores, suas motivações, suas projeções como pessoas, suas formas de ação para estabelecer relações sociais, suas satisfações e insatisfações, será possível estabelecer as bases para desenvolver o caráter social, cultural e político da promoção da saúde, através da participação dos cidadãos nas decisões concernentes à sua vida e à sua saúde.

Antes de mais nada, é importante conhecer alguns aspectos históricos e conceituais na evolução do desenvolvimento do sistema de saúde no país, no qual atribuem-se às comunidades um papel fundamental em sua transformação.

### **Antecedentes**

Na Colômbia, a partir da década de 70, as políticas sociais questionaram a ineficácia das entidades do Estado, o excessivo gasto nos programas de bem-estar e os subsídios cada



vez mais onerosos e menos efetivos para a solução da problemática das comunidades. Esta situação gerou uma série de transformações sociais, econômicas e políticas, orientadas a reviver a confiança no aspecto individual e na iniciativa privada. Foi iniciada uma série de reformas para otimizar a capacidade de gestão do Estado, que adquirem especificidade de acordo com as condições e a dinâmica de cada um dos setores.

Na denominada Reforma Setorial de Saúde podem ser identificados três momentos que orientam seu desenvolvimento histórico. O primeiro momento corresponde à criação do Sistema Nacional de Saúde, em 1975, que buscou a definição conceitual, legal, estrutural e institucional do setor e orientou os campos aos quais deviam ser direcionadas ações que suprissem as deficiências que obstaculizavam seu desenvolvimento e eficiência na prestação de serviços. Procurava-se oferecer e implementar um sistema mais eficiente e racional, de acordo com as necessidades e recursos disponíveis no país<sup>1</sup>, transformando um sistema de grande pluralidade institucional em outro, mais coordenado e integrado.

Esta reforma foi integracionista nas ações de prevenção e cura, centralizadas nos diversos níveis organizativos que formavam o sistema<sup>2</sup>, exigindo o desenvolvimento das seguintes áreas:

- **Infraestrutura:** Dirigida ao fortalecimento da infraestrutura hospitalar, mediante a criação do Fundo Nacional Hospitalar.
- **Financeira:** Orientada à busca de recursos provenientes de diversas fontes.
- **Conceitual:** A teoria sistêmica constitui o eixo da organização do sistema, para normatizar, interpretar o papel e as inter-relações entre as unidades de saúde concebidas como unidades articuladas, cujo objetivo era o de obter um serviço mínimo de saúde.
- **Legal:** O antecedente mais destacado foi a reforma constitucional de 1968, que apontou à tecnificação da administração do Estado, o desenvolvimento do planejamento, o fortalecimento do Executivo em termos de poder com maior centralização geográfica e descentralização por serviços, buscando a consolidação de um Estado empresarial.

---

<sup>1</sup> COLÔMBIA. Ministério da Saúde. SALAZAR, José Maria. *Reorganización del Sistema Nacional de Bogotá*. 1973, p.12

<sup>2</sup> FRANCO, Alvaro. *Análisis del Sistema de Seguridad Colombiano en relación con la política pública de salud*. Cartilha de Seguridad Social No. 3. Universidade de Antioquia. Faculdade Nacional de Saúde Pública Héctor Abad Gómez. Centro de Estudos de Seguridad Social. Organização Panamericana da Saúde. Medellín. 1997, p. 53.

Para materializar o enfoque sistêmico da saúde, foram propostos como estratégia o planejamento e a gestão tecnocrática, sendo garantia para alcançar o delineamento racional de políticas, estratégias e planos orientados por dois objetivos centrais:

- Ampliar ao máximo a cobertura dos programas.
- Oferecer à comunidade um atendimento integral de qualidade superior.<sup>3</sup>

No país, na década de 80, a política do setor saúde baseou-se nas orientações e políticas da Organização Mundial da Saúde (OMS), adotadas desde a *Declaração Alma Ata* e conhecidas sob o nome de *Saúde para Todos no ano 2000*. Seus postulados foram assimilados pelo sistema de saúde colombiano, no primeiro nível de atenção, tal como assinala a política geral de saúde expressa no documento *À Equidade em Saúde, Plano Nacional 1983-1986*. Nele, foi adotada como estratégia a priorização do nível de atenção primária, entendida como o conjunto de ações, tanto em favor das pessoas quanto do meio ambiente, tendentes a satisfazer as necessidades básicas da comunidade em relação à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.<sup>4</sup>

Para contribuir ao cumprimento dos objetivos centrais do sistema e impulsionar eficazmente a política sanitária de Atenção Primária em Saúde, era necessário entender a saúde como um processo social<sup>5</sup>, ou seja, vista como um problema de relações sociais. Foi adotado como marco conceptual do sistema o modelo de campo da saúde, proposto por Lalonde e Blum, porque oferecia uma nova visão da saúde e permitia explorar aspectos que não haviam sido considerados em outros enfoques. Isto explica a saúde como decorrência de uma série de forças que se agrupam em quatro categorias, a saber: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e serviços de saúde.

O marco anterior foi tomado como método de ajuste para a obtenção das políticas de saúde para todos no ano 2000. Sua implementação foi iniciada com o denominado *Plan Supervivir*, cujos objetivos fundamentais eram a integração dos setores de educação e saúde na busca de ações que permitissem solucionar problemas prioritários de saúde (infecção respiratória aguda, doença diarreica aguda, imunizações, privação psico-afetiva, problemas nutricionais, entre outros).

---

<sup>3</sup> RESTREPO, Guillermo. VILLA, Alvaro. *Desarrollo de la salud pública colombiana*. Universidade de Antioquia. Medellín. 1980, p.133

<sup>4</sup> COLÔMBIA. Ministério da saúde. *Diagnóstico de salud. Políticas y Estrategias*. OMS/OPS, Bogotá, 1984, p. 84

No fim da década de 80, o setor saúde apresentava as seguintes características: acentuada falta de coordenação entre os três sistemas de atenção à saúde existentes (seguridade social, privada e oficial), uma orientação altamente curativa com altos custos, baixa ênfase no aspecto promocional - preventivo, déficit financeiro e marcado centralismo, em contraposição com os lineamentos de descentralização político-administrativa. A confiança na racionalidade técnica e teórica do sistema levou ao desconhecimento parcial do papel das comunidades e dos municípios nos processos de investimento, decisão, planejamento e co-administração de saúde, constituindo uma limitação ao processo de desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde.<sup>6</sup>

Em 1990 iniciou-se o segundo momento no desenvolvimento do setor saúde, ao ser apresentada uma série de transformações para adequá-lo às novas condições político-administrativas do país, que tendiam ao fortalecimento dos municípios. A estratégia para assumir a crise do setor mostrou os seguintes desafios:

- **Desafio social.** Direcionado a integrar a política de saúde às políticas sociais, que deveriam passar da visão assistencialista e de complementaridade a um esforço planejado e integral do desenvolvimento econômico, político e social, que apontasse a diminuir as desigualdades no setor.
- **Desafio político.** Orientado a impulsionar ações para a democratização, descentralização e aumento da participação comunitária nas decisões públicas, para restituir o poder e as competências das comunidades na prestação dos serviços de saúde.<sup>7</sup>

Estes desafios achavam-se enquadrados na reestruturação política, administrativa e social que o país vivia e materializaram-se com a Lei 10 de 1990, que reorganizou o Sistema Nacional de Saúde. Esta normatividade orientou-se fundamentalmente à descentralização da saúde, mas não foi eficaz, entre outros motivos, por ter deixado de lado as competências locais. De modo amplo, atribuiu aos municípios a responsabilidade do primeiro nível de atenção em saúde, atribuindo às entidades territoriais<sup>8</sup> as competências

<sup>5</sup> QUEVEDO, Emilio. El proceso salud-enfermedad: Hacia una clínica y una epidemiología no positivista. Seminário Saúde-Administração. Universidade Javeriana. Faculdade de estudos interdisciplinares. Bogotá 1990, p.59

<sup>6</sup> COLÔMBIA. Ministério da Saúde. Proceso de reforma. Sistema Nacional de Saúde. Primer relatório de pesquisa. Bogotá. 1989, p.70

<sup>7</sup> OPS/OMS. Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el debate. Análise da Infraestruturade Saúde. (1987-1988). Publicação Científica 540.OPS/OMS Washington, D.C. 1992, p.12

<sup>8</sup> JARAMILLO, Iván. La descentralización en el sector salud. Em Revista, Foro No. 29. Santafé de Bogotá. 1996, p. 80

operativas e de execução. A heterogeneidade dos municípios constituiu-se em obstáculo para o projeto dos sistemas locais de saúde. Para corrigir esta dificuldade, foram consagrados no ordenamento legal os princípios de subsidiaridade e complementaridade.

A concepção sistêmica de saúde compreendia os processos de incentivo, prevenção, tratamento e reabilitação, com características de multissetorialidade e consenso, enquadradas no processo de descentralização política e administrativa nos níveis locais.

Este modelo de saúde eminentemente preventivo deveria constituir-se e fortalecer-se, a partir da participação ativa das comunidades, na gestão e apropriação das suas condições de saúde. Entre 1990 e 1993, foi escasso o desenvolvimento deste ordenamento. Um só departamento, um distrito e 13 municípios cumpriram os requisitos exigidos para a descentralização, fato que se explica, basicamente, pela falta de vontade política do nível central, ausência de estímulos aos governadores locais e seccionais e pelos problemas financeiros irresolutos implicados nesse processo.<sup>9</sup> Por isso, tratou-se de corrigir algumas destas dificuldades com a expedição da Lei 60 de 1993, mediante a qual foram distribuídos recursos e novas responsabilidades aos organismos territoriais.

Com o processo de abertura democrática e a promulgação da Constituição de 1991, foram consagrados os direitos à seguridade social e à saúde, como direitos de cidadania (art. 48), foi retomado o esquema organizacional proposto pela Lei 10/90, ao determinar que os serviços de saúde fossem dispostos de maneira descentralizada por níveis de atenção e com participação da comunidade (art. 49 C N).

Estes aspectos foram plasmados na Lei 100 de 1993, ou reforma de seguridade social em saúde, que surgiu a partir de uma proposta que, desde 1991, foi trabalhada pelo Departamento Nacional de Planejamento. Esta lei apoia-se em três considerações fundamentais: a falta de equidade, ineficiência do setor, aumento dos custos e as baixas coberturas.<sup>10</sup> Seus princípios básicos são: universalidade, solidariedade, equidade, integralidade, autonomia e participação comunitária, constituindo assim o terceiro momento no desenvolvimento do sistema.

A citada norma amplia a órbita de competência das direções locais e seccionais, busca integrar, por meio dos conselhos territoriais de seguridade social, um conjunto de funções

---

<sup>9</sup> Ibidem, p. 84

<sup>10</sup> LONDOÑO, Beatriz. La Ley 100 de 1993. Palestra. Foro de saúde comunitária. Fundação Santafé. Santafé de Bogotá. 1994, p.11

que eram antes dirigidas separadamente pelos chamados sub-setores da Previdência e a assistência pública, para tornar o sistema mais eficiente e equitativo. Assim, passa-se de um modelo curativo a um modelo de promoção da saúde e prevenção das doenças, orientado pelos novos paradigmas existentes sobre os conceitos de saúde-doença, para contribuir ao desenvolvimento dos serviços de saúde e transformar as condições de saúde das comunidades através da busca de alternativas de trabalho nos níveis locais, onde as comunidades sejam co-administradoras do seu desenvolvimento.

O modelo de saúde apresentado e a abertura dos serviços de saúde levam a aceitar a saúde como uma dimensão social dinâmica, articulada a processos culturais, econômicos, políticos e ideológicos<sup>11</sup>, elementos básicos para qualificar a saúde como uma necessidade social essencial da vida cotidiana.

Neste cenário, valorizam-se e expressam-se as necessidades, os problemas, os ideais de saúde específicos e constitui o espaço idôneo para a interação das suscetibilidades genéticas da população, com suas correspondentes condições ambientais, socioculturais<sup>12</sup> e políticas.

A saúde, como responsabilidade e necessidade social, é reafirmada na Colômbia a partir da sua concepção na Carta Constitucional de 1991. O significado social que lhe foi impresso no novo Sistema de Seguridade Social tem como premissas:

- A saúde é, em princípio, um conceito político afetado por crescentes necessidades e demandas sociais e, diretamente, por suas decisões.
- A saúde converteu-se num tema importante da agenda política de muitos governos e tem peso político cada vez maior.
- A saúde pública é da competência do Estado, que deve oferecer garantias e

---

<sup>11</sup> Vejam-se as seguintes obras: LAURELL, A. Cristina. *Sobre a concepção biológica e social do processo saúde enfermidade*. Em: *Lo biológico y lo social*. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos. Publicação científica. No. 101. OPS/OMS. Washington D.C. 1994, p. 2; SAN MARTIN, Hernán PASTOR, Vicente. *Economía de la Salud. Teoría Social de la Salud*. Interamericana McGraw-Hill. Madri, 1989, p. 7; BREILH, Jaime. *Las ciencias de la salud pública en la construcción de una prevención profunda. Determinantes y proyecciones*. Em: *Lo biológico y lo social*. Série de desenvolvimento de Recursos Humanos. Publicação Científica, No. 101. OPS/OMS. Washington, D.C. 1994, p. 76 y MELEIS, AFAF. *Ser tornar-se saudável: O âmago do conhecimento da enfermagem*. *Texto & Contexto* Vol. 1 (2) Florianópolis. 1992, pp. 36 - 55

<sup>12</sup> OPS/OMS. *Crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate*. Análise prestação de serviços de saúde. 1989-1990. Publicação Científica No. 540, Washington, D.C. 1992, p.40

serviços básicos de saúde.<sup>13</sup>

As mudanças políticas, econômicas, sociais e as novas responsabilidades exigem do setor saúde o melhoramento das condições da saúde das comunidades mais desamparadas, partindo da análise da problemática e necessidades de saúde sob diferentes interesses, perspectivas e posições, apontando ao desenvolvimento de novos conceitos de saúde e de vida, adoção de novos métodos e enfoques de trabalho, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, de modo a potencializar e reforçar entre si os propósitos e objetivos comuns: a satisfação das necessidades. Neste contexto, a saúde, vista como uma obrigação comunitária e social, exige esforços para gerar mudanças estruturais que tornem mais equitativos os serviços de saúde.

É no contexto comunitário que adquire vigência a dimensão política do ser humano, dada pela participação e o exercício de cidadania nas decisões referentes à sua saúde, como uma estratégia para articular a vida cotidiana com a vida pública e política, aspectos que não podem ser divorciados dos processos sociais.<sup>14</sup> É ali que se expressa o homem como ser social e político. Assim, a prática da promoção da saúde nos níveis locais passa a constituir uma ferramenta que encadeia os citados processos.

As anteriores considerações mostram a importância do processo de conhecimento e avaliação de expectativas, interesses, necessidades e vontades relativas à saúde. Nas comunidades, estes elementos determinantes da saúde constituirão uma fonte de riqueza da vida cotidiana, cujo centro é o homem como indivíduo, imprimindo o caráter de heterogeneidade dos processos históricos e nos quais as ações de saúde estejam concebidas em direção ao contexto e ao sentido da vida cotidiana. Suas ações têm regras e significados no contexto dessa vida, guardam relação com seus sonhos e com a realidade e algumas fazem parte da rotina do homem; outras desviam-se e são impostas.<sup>15</sup>

Tais pressupostos reafirmam o papel fundamental destes estudos para conhecer a cotidianidade dos grupos, comunidades e setores populares, já que não é possível obter uma intervenção ativa, crítica e dinâmica da população quando as necessidades que pretende atender não têm relação com suas dúvidas, demandas, interesses, ou se não

---

<sup>13</sup> COLÔMBIA. Ministério da Saúde Dirección General de Promoción y Prevención. *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el Sistema General de Seguridad Social*. Monografía. Santafé de Bogotá. 1996, p. 15.

<sup>14</sup> OCHOA, Doris. *Los retos de la participación comunitaria*. (Palestra), II Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde da Colômbia. OPS. Santafé de Bogotá. 1992, p.54

respondem às formas de organização definidas no seio das comunidades<sup>16</sup>. Estes elementos devem ser retomados como orientadores nos processos que comportam a implementação da política de promoção da saúde nos níveis locais.

### **Metodologia e abrangência da pesquisa**

No desenvolvimento do processo investigativo foram aproveitadas as fontes primárias e secundárias relacionadas com a temática. O trabalho de campo constituiu a essência da pesquisa. A interação com o grupo participante foi uma irrepetível experiência enriquecedora.

A presente pesquisa qualitativa de cunho sociológico desenvolveu-se de maneira coerente e sistemática em cinco momentos.

O primeiro momento centrou-se na caracterização da localidade e área nas quais circunscreveu-se o estudo. O segundo momento corresponde à sustentação do estudo a partir de três eixos: as políticas curriculares, as políticas de saúde e as políticas investigativas. No terceiro momento desenvolveu-se a referência teórica como base para o desenvolvimento da política de promoção da saúde, baseada nas teses sobre vida cotidiana expostas por Agnes Heller. Este aspecto constitui um elemento novo e significativo que conduz à reflexão, redimensionamento e revalorização da promoção da saúde. O quarto momento descreve a metodologia utilizada. O quinto corresponde à sistematização e análise da informação obtida no trabalho de campo, essência do trabalho de pesquisa e as conclusões.

---

<sup>15</sup> KICKBUSCH, Ilona. El autocuidado en la promoción de la salud. Em: La promoción de la salud una antología. Publicación científica no. 557. OPS/OMS. Washington, D.C. 1996, p.241

<sup>16</sup> SAINZ, J. ZUÑIGA, E. Importancia del estudio de la cotidianidad en los programas de promoción social. Escola Nacional de Trabalho Social. México. D.F. II Conferencia Latino-americana de Promoção da Saúde. Educação para a saúde. Escritório Regional Latino-americano. (ORLA).Resumo. Santiago do Chile. 1996, p.423

# CAPÍTULO I

## CONHECIMENTO DA REALIDADE

### 1.1. Descrição do problema

A partir de 1976 foi formalmente iniciada na Colômbia a implementação de políticas e planos governamentais na área social. Estes planos e políticas foram orientados por tendências e diretrizes internacionais enquadradas nos diversos modelos de desenvolvimento econômico e social, que assumiram maior importância a partir da década de 70. Nesta ordem de idéias, o Estado assumiu um novo papel que apontou aos seguintes horizontes:

- Estabelecer uma nova relação Estado-cidadão, semelhante à existente entre produtor e consumidor de mercadorias, na qual o indicador é a eficiência.
- Transferir às entidades territoriais a prestação de serviços públicos e a implementação das políticas sociais.
- Priorizar as mediações entre as administrações locais e os cidadãos.<sup>1</sup>

De acordo com os parâmetros anteriores, foram realizadas reformas em diferentes âmbitos. No aspecto político, foi iniciada a abertura e readequação de canais político-institucionais de expressão e participação cidadã. No aspecto administrativo, o reordenamento e a racionalização de instâncias territoriais de administração dos assuntos

---

<sup>1</sup> VARGAS, Alejo. *Participación social, planeación y desarrollo regional*. Universidade Nacional da Colômbia. Faculdade de Direito. Ciências políticas. Editora Universidade Nacional. Santafé de Bogotá. 1994, p.14



públicos.<sup>2</sup> Entre os setores selecionados para serem transformados e modernizados, destacam-se os serviços públicos, voltados para a revalorização do elemento local.<sup>3</sup> E, neles, o setor saúde foi prioritário no processo de descentralização, em virtude da sua relação direta com as pessoas na vida cotidiana.<sup>4</sup>

O governo justificou também a implementação das políticas sobre dois fatos: a pressão das comunidades por demandas sociais insatisfeitas e a consequente resposta governamental, formalizada através de leis de descentralização e municipalização.<sup>5</sup>

Estas novas políticas foram postas em prática em 1986, com ênfase especial nos municípios colombianos, a partir da eleição popular de prefeitos. Assim, estas organizações territoriais, como níveis primários do governo, cumprem uma tarefa fundamental devido à sua estreita relação com a vida cotidiana da comunidade. E, conseqüentemente, os diversos setores governamentais têm a responsabilidade de contribuir ou coadjuvar para a satisfação das suas necessidades e demandas mais urgentes. Os municípios assumem maiores responsabilidades no que tange à preservação, restauração e melhoria da saúde da população<sup>6</sup>, bem como à intervenção oportuna para a transformação dos fatores negativos que influem na manutenção da saúde.

Nestas novas prioridades, é determinante o papel da descentralização na administração da saúde pública municipal, como uma necessidade social para impulsionar o desenvolvimento e estimular a participação. Isto implica em passar o centro da coresponsabilidade social ao indivíduo real, para com ele desenvolver programas e projetos de saúde de acordo com seu ambiente e requisitos sociais e uma capacidade maior de resposta dos diversos setores implicados neste processo.<sup>7</sup>

A transformação do setor saúde foi iniciada com a Lei 10 de 1990, que reorganizou o Sistema Nacional de Saúde, descentralizando os serviços de saúde. Fato que, na prática, não contribuiu para melhorar a qualidade dos mesmos e obrigou a implementar um novo

---

<sup>2</sup> Desarrollo local y los nuevos modos de atención en el contexto del Sistema Nacional de Salud. 1976 -1988. (Mimeografado, s.f.). Arquivo Departamento de saúde pública. Faculdade de Enfermagem, Universidade Nacional da Colômbia, Santafé de Bogotá, p. 45

<sup>3</sup> DE LEMOS, Moisés. A epistemologia do saber cotidiano. Revista Crítica das Ciências Sociais No. 37. Faculdade de Economia Universidade de Coimbra. Portugal. 1993, p. 82

<sup>4</sup> BLANQUER, J. FAJARDO, D. La descentralización en Colombia. Estudios y propuestas. Instituto Francês de Estudos Andinos. Universidade Nacional da Colômbia. Centro de Estudos Sociais. Santafé de Bogotá, 1991, p. 113

<sup>5</sup> La comunidad como base de la planificación (Mimeografado, s.f.). Arquivo Departamento de saúde pública. Faculdade de Enfermagem. Universidade Nacional da Colômbia, Santafé de Bogotá, p. 1

<sup>6</sup> RUIZ, Manuel e LARA, Rodolfo. Estrategias para la descentralización municipal en salud. Rev. Salud Pública do México. Vol. 32 (5). México, 1990, pp. 597 - 602

regime de saúde, que foi adotado no ano de 1993. Nele, especifica-se e amplia-se a responsabilidade dos municípios na direção e controle da saúde em seus respectivos âmbitos locais.

No caso específico que ora nos ocupa, a partir de 1992 o município de Chiquinquirá assumiu esta responsabilidade ao ser iniciada a municipalização da saúde, processo que não foi simples, dados os obstáculos jurídicos, administrativos e financeiros, alguns dos quais não foram superados até o momento. Para enfrentá-los, convocou-se e/ou recorreu-se a diversos mecanismos, tais como;

- Coordenação entre as diversas Empresas Prestadoras de Serviços (EPS) e as Instituições Prestadoras de Serviços (IPS) existentes no município, para a prestação de serviços e o estabelecimento de mecanismos mínimos de comunicação.
- Elaboração do Plano Local de Saúde articulado ao Plano de Desenvolvimento Municipal.
- Desconcentração do atendimento no primeiro nível, mediante a criação de uma infraestrutura de serviços de saúde de fácil acesso para a população, através das denominadas USERBAS (Unidade de Serviços Básicos de Saúde).
- Fortalecimento do primeiro nível de atenção, com a priorização do atendimento ambulatorio e extramural, com a colaboração da comunidade.
- Vinculação da comunidade ao processo de criação e desenvolvimento das USERBAS (diagnóstico, serviços, instalações).
- Fortalecimento do orçamento de investimento para saúde.

Neste sentido, o presente estudo pretende contribuir ao enriquecimento do processo que está sendo desenvolvido. Isto implica em propostas voltadas à busca de estratégias que facilitem a implementação das políticas públicas, que contribuem para melhorar a qualidade de vida da população, a partir dos elementos existentes na cotidianidade local. Com ela, haverão de projetar-se os recursos humanos, econômicos, sociais, políticos e a

---

<sup>7</sup> ALVAREZ, J. *Corresponsabilidad y participación social*. Rev. Salud Pública do México. 34 (suplemento), México, 1992, pp. 74 - 81

consequente tomada de decisões.<sup>8</sup>

### 1.1.1 Generalidades do município

Chiquinquirá foi fundada no ano de 1586, fato ligado à renovação da imagem do quadro da Virgem do Rosário numa fazenda denominada Chiquinquirá.<sup>9</sup> A partir deste episódio, a cidade aumenta notavelmente seu crescimento, com o assentamento de numerosas famílias espanholas e crioulas e um ativo e contínuo processo de peregrinações e romarias, que persistem até os dias de hoje. Esta localidade foi declarada município pelo Cabildo de Tunja, no ano de 1636.<sup>10</sup>

O município está situado no ocidente do departamento de Boyacá, na região centro-oriental do país. Caracteriza-se pela diversidade de paisagens, climas e micro-regiões, com altiplanos, depressões de terreno e variedade de belezas naturais. Pelo seu papel de cabeça de província do Ocidente de Boyacá e sua posição estratégica, localizada num cruzamento viário de todas as latitudes, o município de Chiquinquirá é atualmente catalogado como:

- Centro Regional de Serviços, procurado por pessoas do sul de Santander, norte de Cundinamarca e da província boyacense de Ricaurte. Além disso, é significativo o volume de população flutuante de peregrinos e turistas que, permanentemente, visitam a cidade.
- Centro Comercial e Artesanal.
- Centro Agropecuário: uma alta porcentagem do seu território dedica-se especialmente à criação de gado leiteiro e cultivo de subsistência.<sup>11</sup>

Além disso, devido à sua localização relativamente próxima da capital da República, seu clima, sua topografia, seu valor cultural e religioso, ponto de frequentes e inumeráveis romarias, sua famosa Basílica foi reconhecida como *Santuario Mariano Nacional*. Há mais de 400 anos, aumenta sua importância para o peregrino, como esperança e alívio para problemas, males e expectativas, porque ali ele pode exteriorizar “seus sentimentos e

<sup>8</sup> CARDENAS, H e Outros. *Parque Industrial Chiquinquirá*. Corporação de Desenvolvimento - Unisur. Chiquinquirá. 1992, p.102

<sup>9</sup> OCAMPO, J. *Gentes, costumbres y tradiciones en Boyacá*. Em *Rev. Colombia sus gentes y regiones*. No.15. Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Bogotá, 1989, p. 169

<sup>10</sup> PREFEITURA DE CHIQUINQUIRÁ. *Archivo Casa de la Cultura de Chiquinquirá*. Documentos vários. (s.f.).

<sup>11</sup> PREFEITURA DE CHIQUINQUIRÁ. *Plan de desarrollo simplificado de Chiquinquirá*. Editores Gráficos. Tunja, 1994, pp.14 - 15

atitudes religiosas com a família, amigos e vizinhos.”<sup>12</sup>

A evolução cultural do povo de Chiquinquirá é produto de um verdadeiro processo histórico, iniciado desde a cultura muísca pré-hispânica e depois com a influência espanhola na Colômbia. Em geral, existe uma estreita relação entre as crenças mágicas e religiosas e a vida cotidiana dos habitantes, influenciando em seu modo de vida, ou seja, na vida cotidiana, dentro e fora de casa, em suas relações com os demais, em sua maneira de pensar, gostos, sonhos, atitudes no processo de produção, ritos e cerimônias.<sup>13</sup>

Alguns estudiosos do modo de ser chiquinquireño destacam que seu profundo sentido religioso gira em torno do elemento mágico. Ele é de temperamento forte, tem caráter e natureza laboriosa. É homem extrovertido, mas cheio de silêncios, desconfiado, malicioso, violento e honesto.<sup>14</sup>

### 1.1.2. Características geográficas

O município tem 177 km<sup>2</sup> de área, altura de 2.587 metros e temperatura média de 15oC. Há dois tipos de pisos térmicos, assim distribuídos: um piso térmico de clima frio, localizado em zonas inclinadas e de planície, representando 94% da área total, e um piso de páramo que abrange 6% da superfície.<sup>15</sup>

A área urbana é formada por 40 bairros, com 10.137 lotes e 200 quarteirões. A área rural tem 17 casarios, com 6.855 lotes. A divisão política da área rural acha-se bem definida em planos ou mapas, mas não coincide com a jurisdição das numerosas Juntas de Ação Comunal existentes. Esta particularidade reflete certa debilidade ou inconsistência do planejamento local, comum à maioria dos municípios colombianos, que os levam a não oferecer ou não dar regras precisas, nem soluções efetivas ao crescimento desordenado da cidade.<sup>16</sup>

Conforme se pode constatar nas diversas tentativas de planejamento da cidade entre os anos 1966 e 1970, por exemplo nas formulações da CAR e depois no primeiro plano elaborado em virtude do abalo sísmico que quase destruiu a cidade (1967), estes foram

<sup>12</sup> OCAMPO, Javier. *Identidad de Boyacá*. 1 ed. Secretaria de Educação. Tunja. 1997, p. 130

<sup>13</sup> BUITRAGO, E. e outro. *Influencia mágico religiosa en la vida cotidiana de los chiquinquireños*. Universidade Pedagógica e Tecnológica da Colômbia. Escola de Ciências Sociais e Econômicas. (Tese de Graduação), Chiquinquirá. 1986, p. 16

<sup>14</sup> PREFEITURA DE CHIQUINQUIRÁ. *Archivo Casa de la Cultura Chiquinquirá*. Documentos vários, (s.f.)

<sup>15</sup> CORPORAÇÃO AUTÔNOMA REGIONAL. *Diagnóstico participativo rural*. Chiquinquirá. 1997, p. 8

recebidos com reticência e sua aplicação foi muito precária, a tal ponto que os documentos e atos administrativos que os institucionalizaram desapareceram dos arquivos municipais.

Por volta de 1985 - 1986, por ocasião da visita do papa João Paulo II, foi traçado o plano *Pidelta*, parcialmente executado. Mas, na verdade, boa parte do mesmo parecia transplantada de outra cidade e não exatamente calcado na realidade de Chiquinquirá.<sup>17</sup>

Com o intuito de superar em parte estes entraves e dotar o município de ferramentas técnicas e administrativas, em 1994 o governo municipal impulsionou a elaboração do 'Plan de Desarrollo Simplificado' (Plano de Desenvolvimento Simplificado). Este, a partir da política de ordenamento físico e desenvolvimento sócioeconômico planejado da cidade, contempla como principal prioridade o ordenamento técnico e atualizado do seu território e o desenvolvimento planejado da sua infraestrutura social. Com esta orientação, o Plano estabeleceu a zonificação do espaço físico da cidade, da seguinte forma:

- Zona central de tratamento especial; constituída pelo distrito central e tradicional da cidade, contendo a maior parte do patrimônio urbanístico e arquitetônico.
- Zona residencial.
- Zona de futuro desenvolvimento industrial.
- Zonas de conservação ecológica
- Zona urbana

Do mesmo modo, o Plano determina regulamentos precisos para o uso do espaço público. Sua utilização ou ocupação reponderará à satisfação das necessidades urbanas coletivas que transcendem, por tanto, os limites dos interesses individuais dos habitantes.<sup>18</sup> No ano de 1999, estes aspectos são retomados no pré-diagnóstico para o Plano de Ordenamento Territorial de Chiquinquirá.

### 1.1.3. Características demográficas

Historicamente, as características demográficas da cidade seguiram um comportamento caracterizado por:

---

<sup>16</sup> CARDENAS, H. e outros. *Parque industrial*, p.103

<sup>17</sup> PREFEITURA DE CHIQUINQUIRÁ. *Plan de desarrollo simplificado*, p. 1

<sup>18</sup> *Ibídem*, p. 29

- Processos migratórios que, de modo especial, se têm dado desde 1918.
- A população de 1985 (35.764 habitantes), era similar a que o município possuía no ano de 1928 (34.807 habitantes).
- No período entre 1928 e 1938, a população sofreu um decréscimo de 41.1% , possivelmente devido a:
  - Conflitos sóciopolíticos que afetaram a vida nacional entre 1920 - 1950
  - Violência partidária
- Durante o período compreendido entre 1938 e 1985, a tendência de aumento da população em Chiquinquirá é atribuída às migrações originadas das seguintes causas:
  - Falta de vias de comunicação ou de acesso às veredas.
  - Carência de centros educativos, obrigando os camponeses a transladar-se para buscar uma melhor educação.
  - Carência de conhecimentos, meios econômicos e infraestrutura para promover o desenvolvimento agrícola, industrial e pecuário.
  - Falta de emprego.
  - Baixos salários.<sup>19</sup>
  - A cidade é um centro regional de prestação de serviços (educação, saúde, atividade comercial, etc.).

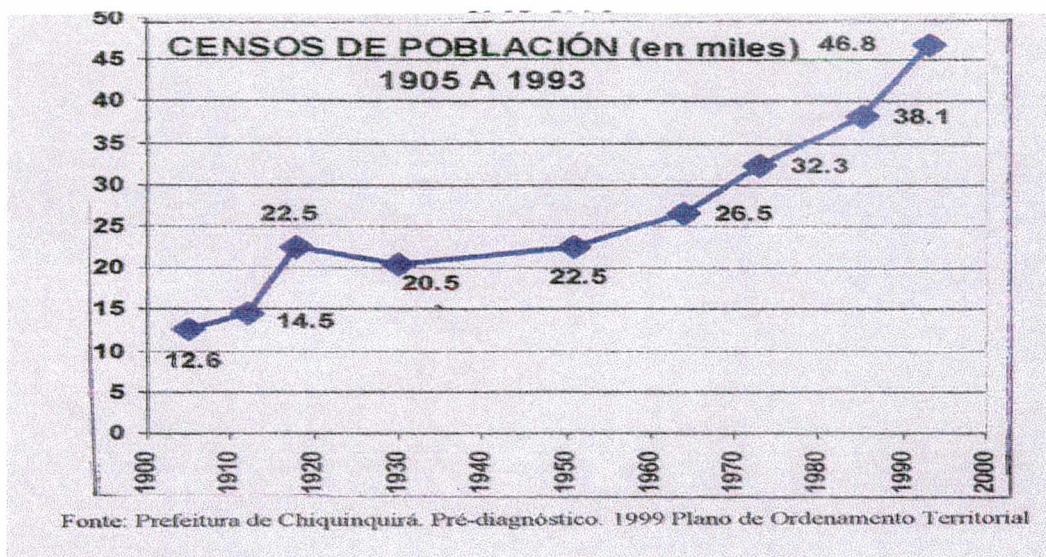
Há algumas contradições nos dados anteriores quanto à população total nos anos 1985 e 1928, fornecidos pelo DANE (Departamento Nacional de Estatística), tal como se evidencia no gráfico no. 1, correspondente aos censos de população realizados no século XX. Observa-se um crescimento normal e contínuo, com duas irregularidades: na primeira, o censo de 1919 mostra aumento da população, fato que pôde obedecer a um grande processo migratório ou a um erro censitário. Na segunda, um forte incremento de população no período intercensitário (1985 - 1993), fenômeno que pôde ser causado pelo deslocamento dos habitantes da região esmeraldífera, coincidindo este momento com um dos períodos de maior violência na região.

---

<sup>19</sup> PREFEITURA DE CHIQUINQUIRÁ. Archivo Casa de la Cultura. ( s.f.)

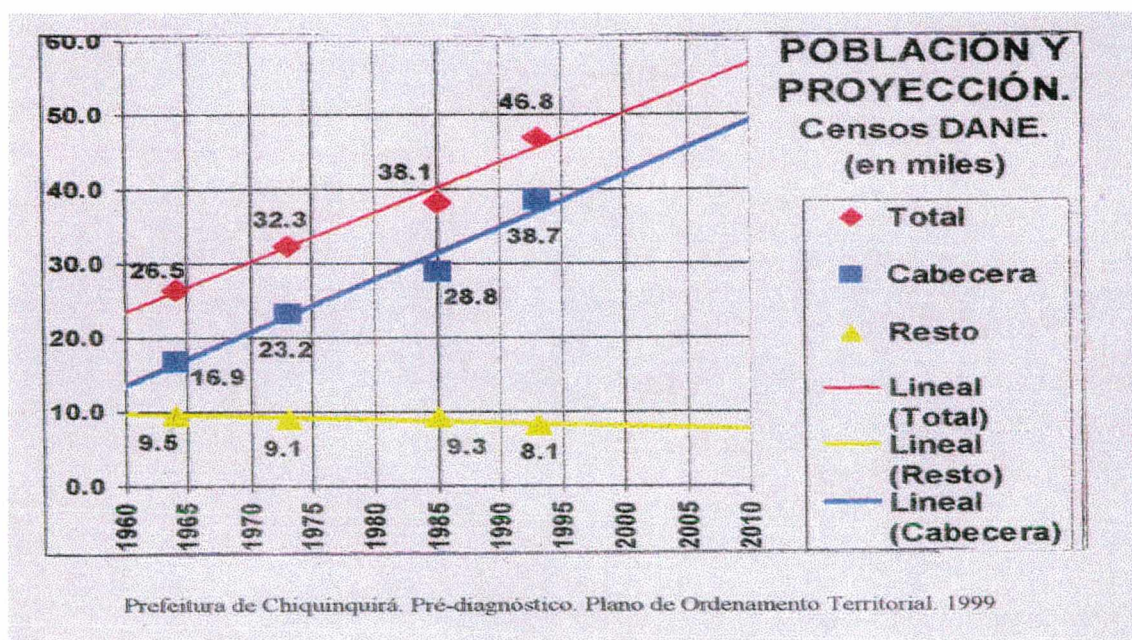


Gráfico 1 - Censos de população. Chiquinquirá, Boyocá, Colômbia.1905-1993



No gráfico n<sup>o</sup>. 2 pode-se apreciar o incremento populacional projetado e diferenciado por setores. As projeções coincidem na parte urbana com os cálculos do DANE. Quanto à projeção para a área rural, calcula-se para o ano 2000 uma população de 8.602 habitantes e, para 2005, 9.058 habitantes. Portanto, em princípio, é incompreensível a projeção ascendente, após mais de 30 anos com tendência decrescente, segundo os mesmos dados.<sup>20</sup>

Gráfico 2 - Projeções de população. Chiquinquirá, Boyacá, Colômbia, 1960 - 2010



<sup>20</sup> PREFEITURA DE CHIQUINQUIRÁ. Prediagnóstico para el plan básico de ordenamiento territorial de Chiquinquirá. Chiquinquirá.1999, p.57



Como base para o Plano de Ordenamento Territorial, a população total estimada para 1999 foi de 49.300 habitantes, correspondendo 41.100 habitantes à área urbana e 8.200 à área rural. No entanto, as projeções de população no Plano Local de Saúde, para esse mesmo período, foram de 49.836 habitantes, dos quais 83.5% (41.643) estão situados na zona urbana e 16.5% (8.193) na zona rural. Estas inconsistências não podem ser corrigidas, por falta de um sistema confiável de informação municipal.

**Tabela 1 - Distribuição da população por faixa etária, Chiquinquirá, Boyacá, Colômbia, 1999**

<b>Grupos por faixa etária</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
Menores de 1 ano	1.048	2.10
De 1 a 4 anos	4.709	9.5
De 5 a 14 anos	12.038	24.1
De 15 a 44 anos	22.510	45.1
De 45 a 59 anos	5.442	11.0
De mais de 60	4.089	8.2
<b>Total</b>	<b>49.836</b>	<b>100.00</b>

Fonte: Agência de Planejamento Municipal, conforme dados tomados do DANE

A maior porcentagem (45%) que equivale a 22.510 habitantes, corresponde à população economicamente ativa, constituída parcialmente por uma porcentagem não quantificada de pessoas relacionadas com trabalhos de mineração<sup>21</sup> e desalojados pela violência, inicialmente da mesma região, a partir da década de 80 e, desde a década de 90, provenientes de outras regiões do país.

#### **1.1.4 Serviços públicos**

No ano de 1992, a cobertura de serviços públicos no município oscilava entre 60% e 70%.<sup>22</sup> Esta cobertura foi melhorada a partir da execução da primeira fase do Plano Diretor de Águas e Esgotos. Segundo o pré-diagnóstico realizado em 1999 para o Plano de

<sup>21</sup> Ibidem, p. 58



Ordenamento Territorial, registram-se 7.373 usuários que têm serviço de água. No entanto, há setores que tem fornecimento de água a cada 3 ou 4 dias durante 4 ou 6 horas; nas zonas altas não há pressão suficiente.<sup>23</sup> Esta carência poderia ser corrigida com o funcionamento dos três “tanques de compensação”, um deles no bairro 20 de julho, construídos durante o Plano Diretor, com o sistema de “pressões contínuas e não-intermitentes”, ou seja, se fosse abandonado o velho hábito de setorizar a distribuição da água. Assim, a rede de tubulação do aqueduto manter-se-ia pressurizada e submetida às variações normais de pressão e “não a uma operação com enchimentos intermitentes da rede, sem nenhum controle, gerando pressões excessivas e sub-pressões que causam a ruptura das tubulações”, cuja capacidade de trabalho fica, além disso, diminuída pela manutenção deficiente, reparos inadequados e a antiguidade de algumas tubulações. Por estes motivos, estes tanques devem ser operados tal como foram projetados.<sup>24</sup>

Em geral, as casas da cidade que não contam com o serviço de água correspondem a setores periféricos e altos da cidade, onde se acha a população de baixos recursos. Atualmente, a comunidade de Chiquinquirá recebe pouca água e de má qualidade, pois as características de cheiro, cor, sabor, são desagradáveis para o usuário.<sup>25</sup>

Quanto ao serviço de esgotos, a cobertura é similar à do serviço de águas, mas há maior deficiência na apresentação daquele. Alguns dos problemas causados pela má administração das águas negras foram minimizados com os trabalhos realizados no Plano Diretor de Águas e Esgotos. No entanto, existem ainda vertimentos diretos de água negras nos rios Chiquinquirá, Quindión de riacho de Maria Ramos.

O sistema de coleta, transporte e disposição final de resíduos sólidos acha-se a cargo da Ecochiquirá. O serviço tem melhorado em cobertura e eficiência e a coleta de lixo é feita duas vezes por semana, em três setores definidos pela empresa. Há um difícil ponto de encontro entre recuperadores, trabalhadores e usuários. A disposição realiza-se num mal chamado aterro sanitário, que não passa de um depósito de lixo a céu aberto, já que não cobre a produção diária de lixo e é um foco de poluição e proliferação de ratos, moscas e mau-cheiro, gerando condições ambientais desfavoráveis para as comunidades circundantes. Não há manipulação adequada de lixívia, o que afeta o ecossistema, com a

---

<sup>22</sup> CARDENAS, H., e outros. *Parque industrial*, p. 109

<sup>23</sup> PREFEITURA DE CHIQUINQUIRÁ. *Prediagnóstico*, p. 55

<sup>24</sup> ESCOBAR, Pedro (Consortio ESSERE-HIDROPLAN), *Informe técnico sobre visita de inspección a las obras del Plan Maestro de Acueducto y Alcantarillado de Chiquinquirá*, 03 e 04 de outubro de 1995.

<sup>25</sup> PREFEITURA DE CHIQUINQUIRÁ. *Prediagnóstico*, p. 55

consequente poluição das nascentes naturais de água. Além disso, não existe um conceito claro sobre a produção de lixo por habitante e por residência, nem estão definidos indicadores de gestão e desempenho.

Existem algumas tentativas para vincular a comunidade à solução desta problemática. Ao traçar futuros planos de ação, a comunidade deverá ser considerada um elemento fundamental.

#### **1.1.5. Características sócioeconômicas**

A estrutura econômica do município é notadamente individualista. O camponês está desorientado e confinado ao minifúndio e cada qual trabalha para si em benefício próprio, sem preocupar-se pelos demais. Não existe um conceito claro e social da produção nem uma idéia social do trabalho cotidiano.

A situação acima se dá, em parte, porque não houve processos de integração entre a cidadania, governantes e estamentos governamentais, políticos e sociais para a realização de ações que beneficiem a população e contribuam ao desenvolvimento sócioeconômico da região.

Desde a época colonial, as atividades econômicas têm sido, tradicionalmente, a agrícola, a pecuária e a artesanal. No entanto, os registros existentes explicam que a atividade agrícola é bem escassa. Os gráficos 3 - 4 - 5 mostram que o único plantio significativo é o do milho, que, com certas flutuações, tem tendência ascendente. Os cultivos denominados transitórios (ervilha, batata, trigo), não são relevantes nem estáveis. Os catalogados como permanentes ('curuba' pêssego, tomate, pera), mostram tendência positiva e com interessante diversificação, mas em quantidades ainda incipientes.



Gráfico 3 - Área Semeada, Chiquinquirá, Boyacá, Colômbia, 1998

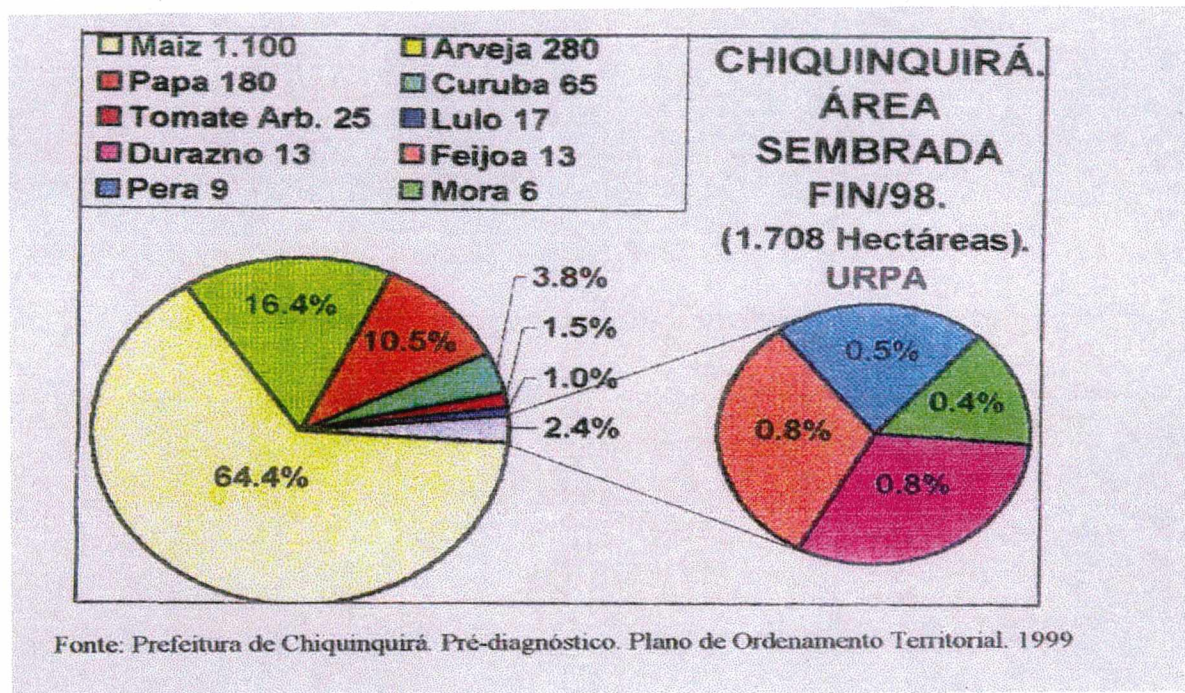


Gráfico 4 - Cultivos transitórios, Chiquinquirá, Boyacá, Colômbia, 1998

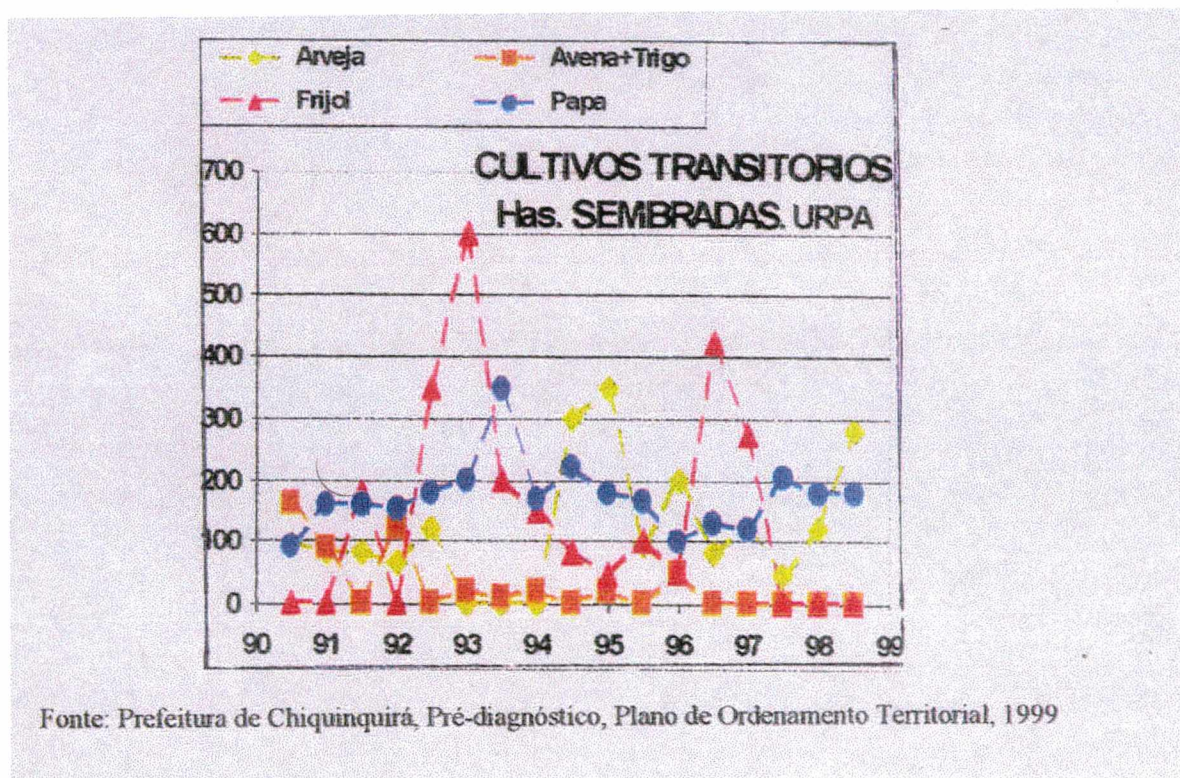
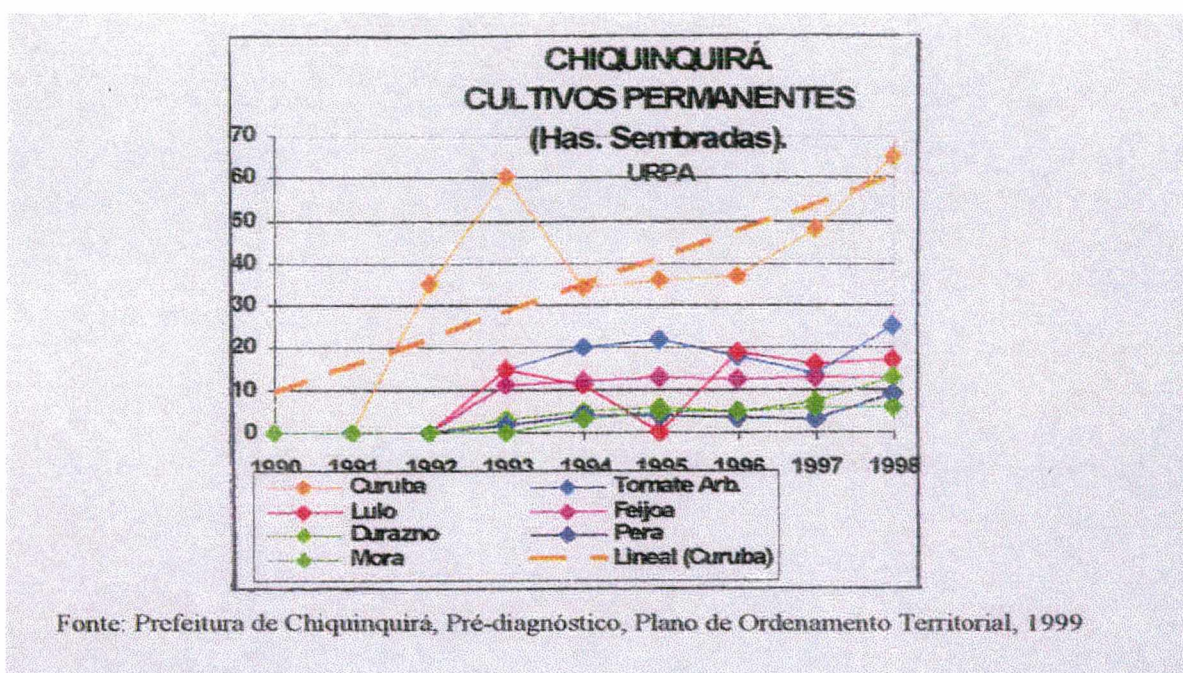




Gráfico 5 - Cultivos permanentes, Chiquinquirá, Boyacá, Colômbia, 1998



Segundo os dados acima, a área de uso agrícola do município corresponde a cerca de 11% e os rendimentos não são satisfatórios. Aspectos que devem ser considerados nos diagnósticos participativos, envolvendo os setores implicados, já que não existe nenhuma análise sociocultural da economia camponesa do município que permita conhecer seus critérios e decisões para o uso do solo e administração dos seus recursos.<sup>26</sup>

O 45% da população é economicamente ativa, estando 95% ocupados. Observa-se uma taxa de desempenho estrutural de 4.9%, que, ao ser desagregada, incrementa-se em 9.3% entre os setores que vivem com necessidades básicas insatisfeitas e 3.8% entre grupos de população com necessidades básicas satisfeitas.<sup>27</sup>

Os problemas de desemprego existentes são causados pela falta de empresas ou indústrias, fenômeno que, às vezes, leva a população jovem a dedicar-se a atividades ilícitas, entre elas a organização de bandos delitivos (ladrões de carros, assaltantes).<sup>28</sup>

Segundo as categorias de emprego, a distribuição da população economicamente ativa é a seguinte: 53% são empregados; 22.8% trabalhadores independentes, 10.4%

<sup>26</sup> Ibidem, p. 55

<sup>27</sup> COLÔMBIA, Ministério da Agricultura, DANE, DNP, PNUD, UNICEF. *La pobreza en Colombia*. Tomo I, Bogotá. 1983, p. 425

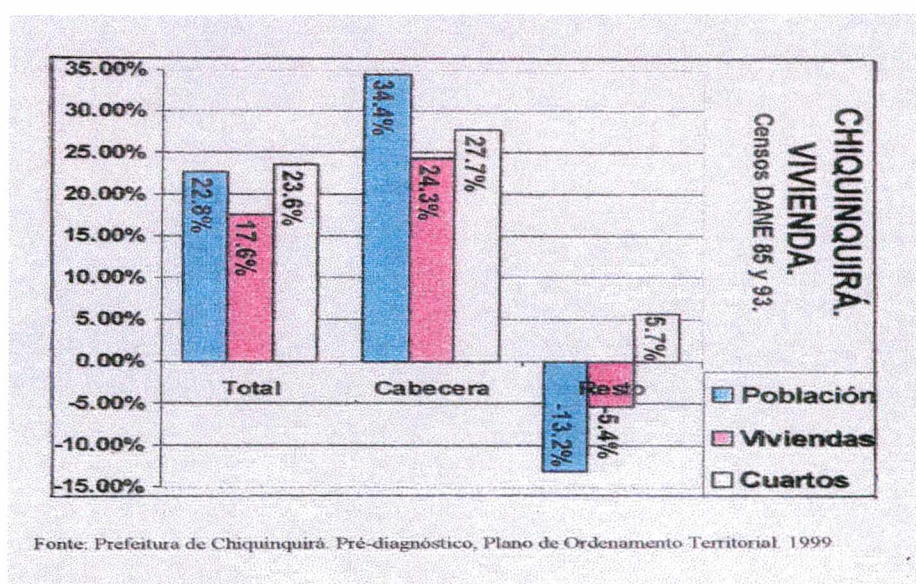


operários; 8.7% trabalhadores informais, 1.8 famílias não remuneradas.<sup>29</sup> Estas porcentagens têm variado, como se constata do estudo realizado sobre qualidade de vida por *Espitia & Outros*, em 1989. Nele, indica-se que a população economicamente ativa teve o seguinte comportamento: Trabalhador independente, 46% (trabalhadores em artesanato, comércio, agricultura, pecuária); empregados, 37% (dependem salarialmente do setor oficial ou privado), operários, 11% (alvenaria, mecânica); trabalhador familiar, 6% (serviços domésticos). O mesmo estudo revela que 57% correspondem a trabalhos fixos, 26% a trabalhos temporários e 17% a trabalhos mistos.

Do ponto de vista de necessidades básicas satisfeitas: 45% da população têm suas necessidades básicas satisfeitas, 40% não podem satisfazer suas necessidades básicas e 11.5% vive na miséria. Na relação por famílias, evidencia-se que 33.8% destas não podem satisfazer suas necessidades.<sup>30</sup>

Entre as necessidades básicas, sobressai a carência de habitação, pois há 1.500 famílias sem habitação independente. O gráfico no. 6 permite apreciar que no último período intercensitário a população cresceu mais rapidamente que o número de habitações e o número de aposentos, havendo tendência à favelização e marginalização, em detrimento da qualidade de vida.

**Gráfico 6 - Habitação, Chiquinquirá, Boyacá, Colômbia. Censos DANE, 1985-1993**



<sup>28</sup> CORTES, Jairo, *Procesos de paz entre esmeraldenses en el occidente de Boyacá 1990-1995*, Tese de pós-graduação de especialista em pedagogia em direitos humanos. Universidade Pedagógica da Colômbia, Chiquinquirá, 1995, p. 91

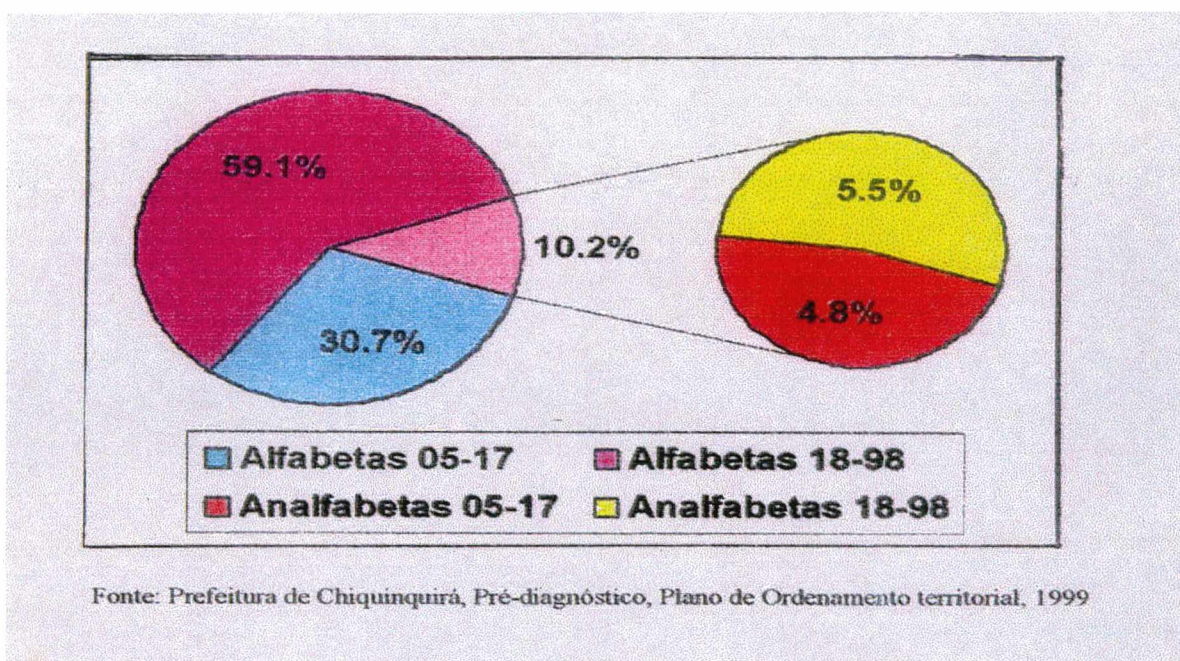
<sup>29</sup> COLÔMBIA. Ministério da Agricultura. DNP. PNUD. UNICEF. DANE. *La pobreza*, p. 425

<sup>30</sup> *Ibidem*, p. 425



A migração da população em busca de melhores condições ou atraída pelo enriquecimento rápido está relacionada com a pobreza e o analfabetismo. Chiquinquirá tem um índice de analfabetismo de 10.2%, fenômeno agravado pelo fato de que a metade corresponde à população entre 5 e 17 anos de idade.<sup>31</sup>

**Gráfico 7 - Analfabetismo, Chiquinquirá, Boyacá, Colômbia. Censo DANE, 1993**



Estes aspectos incidem sobre o aumento de problemas de alto impacto social nas comunidades, entre eles os relativos à segurança (delitos que afetam a vida e a segurança das pessoas) e a violência familiar.

## 1.2. Descrição do Bairro 20 de Julho de Chiquinquirá

### 1.2.1. Aspectos gerais

O presente estudo selecionou, como espaço territorial para sua realização, o Bairro 20 de Julho, por estar catalogado como uma das zonas mais vulneráveis do município, dada sua problemática social (pobreza, drogadição, desemprego). Um estudo da empresa

<sup>31</sup> PREFEITURA DE CHIQUINQUIRÁ. Prediagnóstico, p. 57

Acero & Outros, do ano 1982, mostra que o citado bairro é uma das zonas com maior índice de pobreza. Por sua problemática sócioeconômica e a existência de organizações de base, o bairro está incluído na jurisdição da USERBAS.

A categoria **bairro** considerou-se indicada para este estudo, porque é o cenário no qual se desenvolvem os atos da vida cotidiana, conhecem-se os amigos, namoradas, companheiros de jogo e de escola, vizinhos. Ali, a rua é o espaço social delimitado territorialmente gráfico pelo exposto para proximidade de conversações, negociações, aprendizado, enfim, o lugar onde se desenvolvem as questões vitais básicas,<sup>32</sup> ou seja, a vida cotidiana dos seus habitantes.

O bairro está localizado na parte nor-ocidental do município, entre as ruas 13 e 17D e entre as carreras 13 a 14B (Circunvalar) e tem 16 quarteirões. É de fácil acesso, próximo ao centro da cidade (Anexo 1). As vias da parte alta não estão pavimentadas. No entanto, a partir do segundo semestre de 1999, foi iniciado um plano de pavimentação, segundo o acordo entre a administração municipal e a comunidade, permitindo um melhoramento viário de 40%.

As características principais do bairro são as seguintes:

Os primeiros habitantes da área que hoje pertence ao bairro foram camponeses que abandonavam seus lotes em busca de melhores condições de vida. Até o ano de 1960, a população era escassa. Os assentamentos populacionais tomaram maior força a partir do ano de 1965, pela migração de camponeses e a proliferação de pessoas que pretendiam trabalhar na exploração de esmeraldas. Simultaneamente, foi instituída a separação do setor norte da cidade, a partir da rua 13 do Bairro Santa Cecília e criado o novo bairro, com o nome de 20 de Julho. Este processo foi liderado pelo senhor Manuel Rozo, primeiro presidente da Junta de Ação Comunal. Sua primeira atividade foi a consecução de um lote para a construção da escola, em resposta a uma das necessidades da população infantil do nascente bairro. No início da década de 80, a população do bairro era de 1.084 habitantes<sup>33</sup>, que aumentou consideravelmente a partir de 1980, devido à presença dos deslocados pela violência, provenientes dos municípios do ocidente do Departamento e de outras regiões do país, em busca de melhor qualidade de vida.

---

<sup>32</sup> KISNERMAN, Natalio. *Pensar el trabajo social*. Edições Lumen. Argentina. 1998, p.235

<sup>33</sup> ACERO, Flor e outros. *Areas de pobreza en Chiquinquirá*. Universidade Pedagógica e Tecnológica da Colômbia. Faculdade de Ciências Sociais (Tese de graduação), Chiquinquirá, 1982, p.58

O município não tem estado alheio à situação atualmente vivida no país, na qual os fenômenos migratórios se compõem, na maioria, de populações laboralmente ativas e afetadas pelas condições de violência e a parca expansão da produção econômica em outras regiões, principalmente rurais.<sup>34</sup>

Este fenômeno produz uma relação de desarraigamento ambivalente, na qual é assumida uma adaptação definitiva ao novo meio, como uma projeção de futuro a partir do presente, porque são mantidos fortes laços de dependência com a terra natal e uma constante comunicação através de familiares, com a esperança de um possível retorno.

Primordialmente, utilizam este recurso as mulheres chefes de família e as crianças, devido à sua condição de sobreviventes, que buscam o amparo de parentes, para prover o sustento familiar em atividades elementares de trabalho, como a venda de frituras e comestíveis aos transeuntes, ofícios de mensageiro, encomendas, lavagem de roupas. Ou seja, sobrevivem em condições precárias. Na prática e paradoxalmente, assim se reproduz um tipo de deslocado em seu lugar de origem.<sup>35</sup> Geralmente, uma parte desta população localiza-se em lugares onde haja algum tipo de laço familiar ou de amizade, em seu respectivo estrato sócioeconômico. No presente caso, os lugares preferidos na cidade são os bairros altos: Boyacá Alto, Santa Cecília e 20 de Julho, entre outros, que não contam com infraestrutura capaz de suportar maior demanda de serviços básicos, tais como habitação, serviço de água, esgotos, saúde, educação, emprego. Estes elementos contribuíram para aumentar o déficit de satisfação de necessidades básicas, levando a catalogar este setor como o mais vulnerável do município com problemas de relevância social, entre os quais se destacam: superlotação, desemprego, delinquência comum, drogadição, trabalho infantil e alta deserção escolar. É significativo que, para o período de 1980 a 1987, este último fenômeno tenha ocupado o primeiro lugar no município, com média de 13.7%.<sup>36</sup>

Um aspecto importante a destacar é a inclinação dos habitantes deste bairro à agrupação por núcleos, de acordo com o lugar do qual foram expulsos e com sua condição

---

<sup>34</sup> ESPINOSA, A. FRANCO, S. e outros. *La promoción de la salud en el sistema de salud de seguridad social de Santafé de Bogotá*. Secretaria Distrital da Saúde. Santafé de Bogotá, 1997, p. 15

<sup>35</sup> MARTIN, Gladys. *El desplazamiento forzado en Chiquinquirá*. Universidade Pedagógica e Tecnológica da Colômbia. Especialização em Pedagogia dos direitos humanos, (Tese de graduação), Chiquinquirá 1996, p. 51

<sup>36</sup> RAMIREZ, Hildebrando e outros. *Condiciones en que se produce la deserción escolar en el nivel básico primario zona urbana de Chiquinquirá*. Universidade Pedagógica e Tecnológica da Colômbia. Faculdade de Ciências Econômicas e Sociais (Tese de graduação), Chiquinquirá. 1989, p.63



sócioeconômica, conforme possuam ou não melhores meios de subsistência.<sup>37</sup>

Os deslocados que se acham em Chiquinquirá têm, como denominador comum, a causa da sua situação, que é a violência em torno da extração e comercialização de esmeraldas. Esta circunstância contribui para o fato de que os deslocados por outras causas se mimetizam no conjunto populacional com uma problemática similar, causada especialmente por conflitos de ordem econômica, o que impede visualizar com nitidez a complexidade da origem do deslocamento.<sup>38</sup>

A partir de 1990, com o apoio da Corporação de Desenvolvimento de Chiquinquirá, a Universidade Pedagógica e Tecnológica da Colômbia (sede Chiquinquirá) e a Corporação AVRE (Apoio a Vítimas da Violência), foi iniciado um programa com vítimas da violência, localizadas no Bairro 20 de Julho. Em princípio, com um diagnóstico sobre os efeitos psicológicos e sociais gerados pela violência nessa população.<sup>39</sup> Posteriormente, surgiu a necessidade de coordenar atividades com outras entidades: o Instituto Colombiano de Bem-estar Familiar (ICBF), a Polícia e a Prefeitura Municipal. Nos últimos dois anos, pessoas provenientes de outros departamentos e a migração de habitantes rurais dos municípios vizinhos, buscando melhores condições de vida, geraram uma situação crítica para a qual a cidade não estava preparada devido ao aumento de demandas de bens e serviços de muito difícil satisfação a curto prazo.

Além disso, os habitantes destas áreas não contam com bom nível educacional, circunstância que os obriga a ocupar postos de trabalho nos quais recebem salários irrisórios, mais baixos que o salário mínimo. Suas parcas rendas não são suficientes para adquirir os produtos básicos de subsistência, nem para satisfazer as necessidades mais urgentes de um ser humano.<sup>40</sup>

### 1.2.2. Estrutura habitacional

A estrutura habitacional do bairro é produto da ação individual e da iniciativa familiar, sem organização formal, ou, às vezes, de ações institucionais através de subsídios voltados ao melhoramento da habitação. Estes foram realizados esporadicamente e, às

<sup>37</sup> Ibidem, p. 63

<sup>38</sup> MARTIN, Gladys. *El desplazamiento forzado*, p. 439

<sup>39</sup> FORERO, R. e outros. *Procesos histórico organizacional y participativo de las madres comunitarias en el sector urbano del municipio de Chiquinquirá*. Universidade Pedagógica e Tecnológica de Colômbia. Escola de Ciências Sociais e Econômicas. (Tese de Graduação), Chiquinquirá. 1998 p.45

vezes, de maneira incompleta, por instituições como o Inurbe e a Caixa Agrária.

Há cerca de quatro anos, formou-se uma organização cooperativa, visando contruir perto de 150 soluções habitacionais para famílias de baixos recursos, em um terreno de propriedade da Corporação de Desenvolvimento de Chiquinquirá. No entanto, devido a problemas de ordem legal com a organização que criou este processo e as condições inadequadas do terreno, o projeto não foi concluído, originando descontentamento e mobilização dos usuários, em virtude da perda das quantias pagas e conseqüente frustração de consecução habitacional.

Pelas suas condições e peculiaridades, as habitações do bairro podem ser classificadas assim:

- Moradias com estruturas precárias e materiais transitórios não aptos para construção (cartão, madeira, latas), com péssimas condições de higiene. O processo de construção começa por um quarto que serve de refúgio inicial à família. A seguir, com o transcurso do tempo e na medida das possibilidades econômicas vão sendo construídas outras instalações. Às vezes, os serviços de água e eletricidade são tomados de modo ilegal e o serviço de esgotos é precário. Estas habitações estão localizadas, geralmente, na parte alta do bairro e correspondem a 15% do total de moradias. Este tipo de habitação corresponde à população pertencente ao estrato 1.
- Moradias com boa estrutura: São construídas com materiais permanentes (tijolo, cimento); pertencem a pessoas com maiores possibilidades econômicas e, portanto, têm acesso aos serviços públicos. Acham-se localizadas na parte média e baixa do bairro e correspondem a 70% do total. A população está catalogada nos estratos 2 e 3.
- Além disso, há terrenos denominados lotes, que correspondem a 10% do total.

### **1.2.3. Serviços Públicos**

- **Energia**

Este serviço é prestado irregularmente ou com cortes, na maioria das vezes por motivos técnicos ou de manutenção das linhas de transmissão. Às vezes, as redes são

---

<sup>40</sup> ACERO, F. E outros. *Areas de pobreza*, p. 56

deficientes. A iluminação é parca em vários setores, estimulando assim atos delinquentes (roubos, assaltos). Além disso, para os mesmos fins, a delinquência comum costuma suspender com certa frequência a iluminação pública. 95% das habitações possuem este serviço.

- **Aqueduto**

Pela sua localização na parte alta da cidade e com sérias deficiências em seu planejamento, este bairro recebe um fornecimento irregular de água potável, tanto em qualidade como em quantidade. Este problema, que afetava grande parte da população, foi parcialmente resolvido desde 1994, com a implementação da primeira fase do Plano Diretor de Águas e Esgotos, cujo objetivo é solucionar o fornecimento de água da área urbana, em termos de qualidade, quantidade e continuidade, permitindo que 95% das residências contem com este serviço.<sup>41</sup>

- **Rede de Esgotos**

O sistema de esgotos apresenta também algumas deficiências em cobertura e qualidade. Atualmente, estão em andamento algumas obras apresentadas pelo Plano Diretor de Águas e Esgotos, para ampliar a cobertura a setores que não contam com sistema de coletores de resíduos.

- **Lixo**

A coleta é feita pela Ecochiquinquirá, instituição encarregada da administração do serviço de lixo. O sistema de coleta é deficiente, especialmente na parte alta do bairro, onde os habitantes jogam lixo nas ladeiras e áreas verdes circunvizinhas. Há problemas de poluição e proliferação de roedores e insetos. Na parte alta e norte do bairro existe um beco que limita com o bairro Villa Republicana, onde é depositada grande quantidade de resíduos sólidos.

- **Educação**

Há no bairro uma escola de curso básico primário. Em 1999, matricularam-se 377 crianças, da 1a. à 5a. série. O estudo realizado por Ramirez H. & Otros assinala que, no lapso compreendido entre 1980 e 1987, a média de deserção foi de 13.7%. O primeiro lugar coube à escola "Rómulo Rozo". As principais causas de deserção são as seguintes:

---

<sup>41</sup> PREFEITURA DE CHIQUINQUIRÁ. *Plan de desarrollo*, p. 121

mudança de residência, instabilidade familiar, falta de assistência, baixo rendimento econômico, falta de recursos.<sup>42</sup> Para o ano de 1995, a deserção total no município foi de 10% e para 1996 de 11%.<sup>43</sup> Portanto, o bairro apresenta uma das mais altas taxas de evasão no município.

- **Organizações comunitárias**

Há no bairro uma Junta de Ação Comunal, Lares Comunitários, Associações de Pais de Família, organizações que, de acordo com sua capacidade e possibilidades, trabalham pelo melhoramento das condições de vida da comunidade.

Existem também outras organizações não-governamentais de base comunitária: grupos religiosos, grupos de catequese, líderes comunitários que, de um modo ou de outro, propendem à solução dos problemas cotidianos na comunidade e o melhoramento das suas condições de vida. Estas experiências não foram levadas em consideração como elementos fundamentais e facilitadores no desenvolvimento das políticas sociais em áreas críticas, como educação e saúde, cujo eixo é a participação das comunidades. Elas constituem uma opção para envolver as comunidades na gestão do seu próprio desenvolvimento.

- **Recreação**

O bairro conta com um só espaço recreativo, composto por uma quadra de micro-futebol e uma de basquete, ambas deterioradas. Em meados de 1999, a Junta de Ação Comunal, em conjunto com líderes do setor, recorreram a organizações municipais para obter seu melhoramento. O exame desta situação gerou preocupação entre as diversas organizações e moradores, porque há uma grande população não quantificada entre 3 e 18 anos de idade que, todos os dias a partir das 15h, se concentra ali para realizar algum tipo de atividade, sem contar com os implementos requeridos nem orientações para fazer bom uso do tempo livre. Este fenômeno é agravado pela ausência de uma política municipal clara e coerente neste campo.<sup>44</sup>

O contexto acima descrito reafirma que os índices de insatisfação destas populações explicam de algum modo sua relação com as deficiências dos serviços de saúde,

---

<sup>42</sup> RAMIREZ, H. e outros. *Condiciones en las que se produce*, p. 63

<sup>43</sup> PREFEITURA DE CHIQUINQUIRÁ. *Proyecto Educativo Municipal. 1995-1997*, Dirección de Núcleo Educativo. Chiquinquirá. 1995, p. 44

<sup>44</sup> CAÑON, Ana. e outros. *Chiquinquirá. Una aproximación a la política social*. Universidad Pedagógica Tecnológica da Colômbia. Escola de Planejamento para o Desenvolvimento Social (tese de graduação), Chiquinquirá, 1997, p. 87

decorrentes de fatores biológicos e sócioeconômicos e de meio ambiental, incluindo os estilos e modos de vida. Quando citamos a promoção de saúde, referimo-nos à satisfação de necessidades básicas, tais como habitação, emprego, recreação, educação. Esta satisfação é possível no contexto da descentralização e democratização da saúde. A promoção da saúde constitui uma estratégia válida dentro dos processos de planejamento local participativo, para desenvolver ações de mobilização social, concertação e pactos sociais pela saúde, com o fim de atingir o bem-estar das comunidades.<sup>45</sup> Neste contexto, as políticas de desenvolvimento estabelecidas a nível do país e da região servem de insumo e fundamento para definir as correspondentes políticas no nível local.

Considerada a promoção da saúde como a promoção da civilidade, da participação e da democracia, isto é, a solução civilizada de conflitos, a revalorização do conteúdo e a prática da interpelação humana,<sup>46</sup> aquela constitui uma opção para que nós, profissionais da saúde, assumamos a responsabilidade de construir uma nova alternativa em saúde. Alternativa cujo eixo central há de ser a crescente consciência, organização e mobilização em torno da saúde e do meio ambiente, reconhecendo a importância do saber e do apoio à população, a partir dos problemas mais próximos às suas vidas e, em conjunto com eles, tratar de resolvê-los.<sup>47</sup> Neste sentido, é oportuno formular as seguintes perguntas:

- Quais são as possibilidades da promoção da saúde nas atuais condições do Sistema Local de Saúde de Chiquinquirá?
- A participação comunitária constitui uma opção válida para fazer propostas viáveis e factíveis, destinadas aos planos de desenvolvimento local?
- A participação comunitária contribui para a construção de cidadania?

Estas perguntas questionam tanto o interesse dos diversos setores da comunidade, quanto os de caráter institucional em contribuir para o desenvolvimento e bem-estar comunitários, especialmente o grupo alvo deste estudo, mediante a operacionalização da política de promoção no âmbito municipal e, como resposta, aquela que seria a pergunta central desta pesquisa:

---

<sup>45</sup> ROZENTAL, Manuel. *La promoción de la salud, una visión desde Colombia*. (Palestra), II Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde. OPSS. Santafé de Bogotá. 1992, p. 6

<sup>46</sup> DEROUX, Gustavo. *Instalación II Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*. Ministério da Saúde. OPS. Santafé de Bogotá, D.C. 1992, p. 2

<sup>47</sup> GRANDA, E. e outros. *El sujeto y la acción en la salud pública*. Educação médica e saúde, Vol. 29 (1). Washington, D.C. OPS/OMS, 1995, p. 2

**Problema:** Qual é o processo para a construção da promoção da saúde com participação comunitária, que responda às necessidades da comunidade do Bairro 20 de Julho, no município de Chiquinquirá, Boyacá, Colômbia?

### **1.3. Sistema local de saúde**

As transformações no setor saúde a partir de 1990, com a promulgação da Lei 10 de 1990, visam reorganizar o Sistema Nacional de Saúde, descentralizando os serviços de saúde, colocando-os nas mãos dos prefeitos e governadores. Para tanto, foram estabelecidas juntas dirigentes, centros de saúde e hospitais, com participação das organizações da comunidade usuária, gerando mudanças na estrutura das instituições de saúde.

Especificamente, esta nova situação produziu mudanças nas funções que vinha cumprindo o Hospital Regional de segundo nível em Chiquinquirá, instituição que assumiu a responsabilidade administrativa e técnica do desenvolvimento dos planos e programas de saúde e da qual dependiam um hospital local, três centros de saúde e 16 postos de saúde. Além disso, era o órgão de referência das demais unidades de saúde, tanto do departamento de Boyacá, quando do departamento do sul de Santander e do norte de Cundinamarca.

A partir de 1992, inicia-se no município o processo de transformação na prestação de serviços, com o fim de contribuir à melhora das condições de saúde da população. Com vontade e decisão político-administrativa, foram impulsionadas alianças e acordos interinstitucionais com organizações governamentais e não-governamentais, que desenvolvem tarefas para melhorar as condições de vida das comunidades. Por exemplo, no estabelecimento de escolas e abertura e reparo de vias públicas, construção de salões comunitários e a sede das denominadas USERBAS (Unidades de Serviços Básicos de Saúde), que foram criadas em 1994, no marco do processo descentralizador do setor saúde. Seus objetivos: dotar o setor denominado “via circunvalar” de um programa integral de saúde básica para melhorar a qualidade de vida dos seus habitantes; identificar as características populacionais e os antecedentes históricos do setor; implementar ações de promoção da saúde, com o fim de prevenir doenças de maior incidência e manter saudáveis

os habitantes.<sup>48</sup>

### 1.3.1. Evolução do sistema local de saúde a partir de 1990

A descentralização do setor saúde no município inicia-se, verdadeiramente, a partir de 1992, por meio do Acordo 015 de 1992, que criou a Direção Local de Saúde e o Fundo Local de Saúde, regulamentadas mediante o decreto 129 de 1992. Com o fim de adaptar o Sistema Local de Saúde ao Sistema de Seguridade Social, criado pela Lei 100 de 1993, foi adotado o Acordo 014 de novembro de 1996, segundo o qual estabelece-se formalmente a Direção Local de Saúde. Nele, estipulam-se as funções, a base e o estatuto de pessoal, estatuto básico e estrutura orgânica, que permitiram iniciar o desenvolvimento do sistema de saúde local de acordo com a normatividade em vigor.

*O Plano Simplificado de Desenvolvimento Municipal de 1994* concebe o Plano de Saúde como um conjunto de planos específicos, programas, projetos e orçamentos, produto de estudos, análises e projeções que permitem ordenar as ações, metas administrativas, investimentos e aspectos financeiros na promoção da saúde e prevenção da doença, seu tratamento e reabilitação no primeiro nível de atenção nos âmbitos comunitários e hospitalar, com o propósito de melhorar a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades. Este marco constitui um avanço para fortalecer o primeiro nível de atenção e a desconcentração dos serviços da unidade de segundo nível.

O objetivo fundamental deste plano era contribuir para a elevação do nível de saúde da população chiquinquirenha de menores recursos econômicos, através de ações que privilegiassem a promoção da saúde e a prevenção de doenças e estimular a criação de uma cultura da saúde e de processos participativos que assegurassem a eficiência do setor.

Para atingir esse objetivo, a participação comunitária constituiu a estratégia principal na gestão das instituições prestadoras de serviços e na solução de problemas de saúde, mediante a formação de equipes de saúde familiar e comunitária, o programa de gestores de saúde e unidades de saúde e do meio ambiente. Além disso, foram impulsionados os Comitês de Participação Comunitária (C.P.C.), que haveriam de participar no planejamento, execução e avaliação dos serviços de saúde, bem como na criação de

---

<sup>48</sup> PREFEITURA CHINQUINQUIRÁ. *Propuesta para la creación de las USERBAS*. (Documento de Trabalho), Chiquinquirá. 1994, p.9

vistorias cidadãs.

Um aspecto a destacar na política de saúde local foi o papel preponderante outorgado à promoção da saúde e prevenção de doenças como eixos do modelo de atenção, envolvendo as comunidades como atores dinâmicos no cuidado da saúde, mediante novas opções na prestação de serviços de saúde.

Durante o período de 1992 a 1994, dentro do processo de descentralização, contou-se com o assessoramento da Faculdade de Enfermagem da Universidade Nacional da Colômbia no projeto de uma proposta para a prestação de serviços básicos de saúde em dois setores, a saber: 1o. *De la via circunvalar*, que compreende os bairros situados na parte alta da cidade, entre eles o Bairro 20 de Julho e 2o. *De la cuenca del Quindión*, que compreende os bairros localizados na parte baixa do município, limítrofes com o parque Juan Pablo II. Foram criadas duas unidades de serviços básicos de saúde, *USERBAS*, localizadas em espaços que as comunidades envolvidas selecionaram e em cujo desenvolvimento participaram.

A proposta acima foi executada pela Administração Municipal, através da Direção Local de Saúde, uma equipe extramural, líderes e associações comunitárias, conjuntamente com instituições tais como a Universidade Pedagógica e Tecnológica da Colômbia (UPTC), o Instituto de Bem-estar Familiar (ICBF), as Unidades Municipais de Assistência Técnica (UMATA) e a Corporação Autônoma Regional (CAR), com o ânimo de desenvolver um trabalho intersetorial e interinstitucional.

Como funções essenciais das *USERBAS*, foram assinaladas: a prestação de serviços de atenção primária, ênfase na promoção e proteção da saúde, desenvolvimento de ações de recuperação e reabilitação no primeiro nível. Os serviços focalizaram a atenção materna e perinatal, atenção à criança, ao adolescente, ao adulto jovem, ao idoso e à resolução de problemas específicos de cada setor, mediante ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

A proposta acima buscava implementar uma nova abordagem do cuidado da saúde, que pudesse superar:

- A orientação eminentemente curativa, com ênfase no atendimento intra-hospitalar.
- As desigualdades na prestação dos serviços para a população de baixos recursos.



- A diferença na oportunidade e qualidade dos serviços prestados.
- A participação direcionada das comunidades, através da criação de espaços reais para a participação genuína, a co-administração e as vistorias cidadãs.
- O trabalho setorial e isolado do setor saúde.<sup>49</sup>

Estas orientações foram plasmadas ao redirecionar os serviços de saúde no nível local e constituíram-se em elementos facilitadores dos processos de descentralização no setor e de implementação do novo sistema de seguridade social criado pela Lei 100 de 1993.

É importante salientar a vinculação e apoio das comunidades neste processo. É elogiável sua participação na consecução do terreno para a definitiva localização da USERBA, assim como na construção da sede da mesma, com o fim de garantir a continuidade do programa. No entanto, a partir de 1998, retorna-se ao enfoque puramente curativo, em detrimento do aspecto promocional preventivo. Fortalece-se o subsídio à demanda, prestando atendimento somente à população denominada “vinculada”. Do mesmo modo, deixou-se de lado o trabalho intersetorial e interdisciplinar.

Adicionados ao anterior, outros aspectos políticos, administrativos e técnicos dificultaram os processos de desenvolvimento do Sistema Local de Saúde, entre eles os seguintes:

- Dificuldade para definir competências e coordenar ações entre a Secretaria da Saúde de Boyacá, o Hospital Regional de II nível e a Prefeitura de Chiquinquirá, através da Direção Local de Saúde.
- Pugna pelo poder entre as diferentes instituições prestadoras de serviços de saúde pública (IPS) existentes no município.
- Crise na prestação de serviços de saúde no hospital de II nível de atenção, por não estar resolvida sua situação jurídica, dificultando sua inserção no novo sistema.
- Falta de decisão e apoio técnico dos órgãos governamentais de nível nacional e seccional para consolidar o processo de descentralização do setor.

---

<sup>49</sup> Ibidem, p. 2

- A inexistência de uma Direção Local de Saúde, capaz de aglutinar e convocar as instituições prestadoras de saúde para o desenvolvimento conjunto de ações tendentes ao melhoramento da saúde da comunidade.
- O fortalecimento de uma visão assistencialista nas políticas de saúde em escala municipal, a partir de 1995, porque as pessoas que gerenciaram a Direção Local de Saúde desconhecem totalmente o setor da saúde, por serem profissionais de outras áreas como engenharia.
- A inexistência de uma política clara de saúde.

### 1.3.2. Características do Sistema Local de Saúde

O processo de municipalização da saúde não tem sido simples. Nas diversas experiências, surgiram obstáculos jurídicos, administrativos e financeiros. Para fazer-lhes face, foram traçados diferentes caminhos e encontradas diferentes respostas.<sup>50</sup>

O município de Chiquinquirá não está alheio a esta situação. Na estrutura administrativa atual do sistema de seguridade social, o município conta com uma I.P.S., o já citado Hospital Regional de II nível de complexidade, único órgão referencial. A partir da promulgação da Lei 100 de 1993, surgiram dificuldades técnico-administrativas, como a indefinição da sua natureza jurídica, a falta de vontade política e técnica dos dirigentes da instituição no sentido de transformá-la em uma Empresa Social do Estado.

Assim, tornou-se mais difícil a coordenação, elaboração e desenvolvimento eficientes de um Plano de Saúde Local que responda às necessidades reais da comunidade.

Existe também outro tipo de IPS e EPS públicas e privadas, que atendem à demanda dos regimes contributivo e subsidiado. Quanto a este último, para o ano de 1998 o município teve uma população de 18.300 pessoas com necessidades básicas insatisfeitas, das quais apenas 36.8% (6.734) foram inscritas no regime subsidiado. Porém a cobertura (41%) continua sendo baixa, situação agravada pelo aumento das necessidades de saúde na população mais vulnerável e as dificuldades para ter acesso aos serviços de saúde, além do aumento da “população vinculada”, que não tem nenhum tipo de informação sobre seus deveres e direitos quanto à atenção de saúde.

---

<sup>50</sup> COLÔMBIA, Ministério da Saúde/OPS. *Municipios Saludables*. Santafé de Bogotá (Cartilha, s. f.), p. 13

A situação acima agrava-se devido à forma com a qual tem sido administrado este regime, que ocasionou problemas como: filiações, sem cumprir os critérios estipulados, carteiras que nunca foram entregues, carência de planos concretos que tenham sistema de avaliação e monitoramento demonstradores da sua efetividade, e tampouco claras evidências de estejam sendo desenvolvidos pelas IPS que prestam serviços de saúde a este tipo de população.<sup>51</sup>

Do mesmo modo, dentro da população subsidiada e da vinculada há desconhecimento de deveres e direitos, aspecto aproveitado pelas EPS e as IPS para não oferecer um atendimento de qualidade, com o conseguinte aumento da insatisfação do usuário que encontra barreiras intransponíveis para ter acesso ao sistema.

Os municípios, como núcleos primários do governo, estão diretamente relacionados com a vida cotidiana das comunidades e podem satisfazer ou coadjuvar a satisfação das suas necessidades e demandas mais urgentes. Estas organizações têm uma responsabilidade na preservação, restauração e melhoramento da saúde da população, especialmente na tomada de certas decisões para modificar os fatores que influem nas condições de saúde.<sup>52</sup> São premissas indispensáveis para orientar e possibilitar os planos locais de saúde, para uma política real de municípios saudáveis, com os seguintes objetivos:

- Responder às necessidades básicas da população dos municípios.
- Fortalecer a interação social e a convivência cidadã, aumentando a participação comunitária.
- A saúde e a qualidade de vida da população dos municípios são responsabilidades coletivas.<sup>53</sup>

### 1.3.3 Plano Local de Saúde

O Plano Local de Saúde 1998-2000, ao analisar o desenvolvimento do sistema de saúde local, indica, como um dos pontos críticos, o baixo nível de participação da comunidade e assinala como estratégia para remediar esta dificuldade a implementação de

---

<sup>51</sup> COLÔMBIA, Controladoria Geral. *Caos en la salud subsidiada*. El Tiempo. Setembro 10 de 1999, p.15A

<sup>52</sup> RUIZ, Manuel, LARA, Rodolfo. *Estrategias para la descentralización*, pp. 597 - 602

<sup>53</sup> COLÔMBIA, Ministério da Saúde/OPS. *Municipios saludables*. Manual, critérios de reconhecimento e níveis. (Cartilha), Santafé de Bogotá, p.4

mecanismos de comunicação, elemento fundamental tanto para atingir maior controle social, quanto para despolitizar o sistema. Porém assinalam-se nele as causas e as estratégias a seguir para atingir estas metas.

Além disso, a maioria das organizações representativas das comunidades, como as Juntas de Ação Comunal, não se tem capacitado para aproveitar, em seu trabalho cotidiano, as orientações e ferramentas dadas pelo planejamento participativo, que tende a:

- Promover a participação da comunidade à medida que se impulsionam alternativas de planejamento.
- Dinamizar o potencial comunitário, integrando-o às tarefas próprias do planejamento.
- Apoiar as iniciativas da comunidade, tendentes a consolidar suas estratégias particulares de desenvolvimento.<sup>54</sup>

Trata-se de cenários nos quais a comunidade, com suas contribuições, conceitos, métodos, técnicas, etc., deve compreender sua própria realidade e entender a direção a seguir, com as citadas ferramentas em seu poder. Assim, a noção de organização democrática e participativa se faz mais real, efetiva e solidária.<sup>55</sup>

Estes elementos constituem o ingrediente fundamental para corrigir problemáticas tais como a pouca ou nenhuma participação da comunidade em atividades que se referem à sua vida. Só assim evita-se que outros decidam por ela, e só assim obterá a consecução e alocação de recursos para atender às suas expectativas e necessidades sentidas. A ausência destes elementos determinou que, ao operacionalizar, distribuir e executar os recursos correspondentes ao Plano Local de Saúde, não se envolvessem neste processo as organizações comunitárias, situação determinante para que fossem privilegiadas as ações eminentemente curativas e paternalistas.

Além disso, o desaproveitamento dos elementos enunciados determina que a promoção da saúde seja realizada somente através de meios audiovisuais, conferências, seminários e oficinas, onde se manejam temáticas que, às vezes, não respondem às necessidades e expectativas da comunidade. Portanto, trata-se de utilizar outras estratégias

---

<sup>54</sup> **La comunidad como base de la planificación.** (Mimeografado, s.f.), Arquivo departamento da saúde pública. Faculdade de Enfermagem. Universidade Nacional da Colômbia, Bogotá, p. 1

<sup>55</sup> *Ibidem*, p. 1

válidas no desenvolvimento da promoção da saúde, tais como a comunicação, a participação, a negociação e a concertação.

Isto se torna mais evidenciado no Plano de Atenção Básica (PAB), no qual assinalam-se, como estratégias fundamentais, a participação comunitária permanente, o trabalho e a coordenação interinstitucional e intersetorial e se propõe um modelo de educação em saúde em diversas áreas, mas não existe nem é proposta a sustentação teórica nem a metodologia a seguir na implementação de cada uma das estratégias assinadas.

A elaboração deste plano, tal como foi concebido no Sistema de Seguridade Social, deve ser um processo com participação de todos os setores relacionados com os problemas de saúde da comunidade, bem como na identificação, priorização de problemas e propostas de alternativas de solução. Estes aspectos não estão claros no plano atual.

Seria importante aprofundar-nos no conceito e problemática de saúde dos grupos comunitários pois, ao que parece, a análise foi dirigida pelo conceito de saúde que orientou a elaboração do plano. Neste, a saúde é concebida como resultante de fatores de risco controlados pela Direção Local de Saúde e na qual estes problemas só se restringem à doença e à morte, prevalecendo um conceito negativo de saúde e assumindo que esta é responsabilidade do “setor saúde”, posição que não guarda coerência com o modelo e as políticas de saúde em vigor.

Assim, ao analisar a situação da saúde, concedeu-se maior importância aos problemas de saúde registrados na demanda institucional, sem identificar com clareza os mecanismos utilizados para tanto, minimizando problemas reais de saúde da comunidade, assim como a morbidade sentida e não satisfeita.

### **Morbidade 1997-1998**

Este indicador faz parte dos registros vitais e refere-se a um conjunto de fenômenos experimentados pela população em termos de doença ou incapacidade.

Ao analisar a informação fornecida pelo Escritório de Informação do Hospital San Salvador, tomando como fontes o SIS 1 e o SIS 110, correspondentes ao registro individual de consulta externa e o registro individual de egresso hospitalar, o comportamento da morbidade sentida durante os anos de 1997 e 1998 determinou a importância da infecção respiratória aguda, que se colocou em primeiro lugar nesses anos. Esta patologia afeta especialmente o grupo de menores de 5 anos. As causas associadas são a contaminação e a

conglomerado.

As enterites e as doenças diarreicas ocuparam o segundo lugar durante os anos 1997 e 1998, afetando os menores de 5 anos. Associam-se ao consumo de água impotável, contaminação de alimentos, déficit nos hábitos higiênicos.

O poliparasitismo intestinal ocupou o terceiro lugar nos mesmos períodos, afetando especialmente os grupos de 5 a 14 e de 15 a 44 anos.

No ano de 1997, ficaram em quarto lugar os transtornos da uretra e do aparelho urinário, afetando especialmente os grupos de 15 a 44 e de 45 a 59 anos, associados a doenças venéreas, infecções urinárias crônicas, sequelas de sífilis.

Esta mesma patologia, durante o ano 1998, passou a ocupar o 8o. lugar, fato que pôde obedecer às ações previstas pelos organismos responsáveis (saúde e educação), que tiveram impacto adequado ou então foi apresentado um sub-registro.

Para o ano de 1998, as lesões, feridas e traumatismos de tecidos brandos e duros mostraram um aumento que os coloca em quarto lugar, como resultado da deterioração da situação social e da violência na região. Para os anos 1997 e 1998, a hipertensão arterial manteve-se em quinto lugar, afetando especialmente os grupos populacionais de 45 a 59 anos e de 60 ou mais. Associa-se à ingestão de álcool e fumo, sedentarismo, estresse e hábitos alimentícios.

O comportamento geral da morbidade pode ser assim resumido:

1. Infecção respiratória aguda
2. Infecção intestinal
3. Parasitismo intestinal.
4. Traumatismos de diversas índoles.
5. Hipertensão arterial.
6. Broncopneumonia
7. Otite média
8. Infecção das vias urinárias
9. Doenças de tecidos dentários

## 10. Infecções viróticas não-específicas

**Mortalidade**

As fontes de informação para a análise da mortalidade foram os registros do Hospital Regional San Salvador, a partir dos atestados de óbito. O comportamento da mortalidade por faixa etária foi o seguinte:

**Tabela 2 - Mortalidade por faixa etária, Chiquinquirá, Boyacá, Colômbia.1998**

FAIXA ETÁRIA	CAUSA
Menores de 1 ano	Sufrimento fetal agudo Parada cardiorrespiratória Insuficiência respiratória
1 a 4 anos	Insuficiência respiratória Parada cardiorrespiratória
5 a 14 anos	Parada cardiorrespiratória Traumatismo cranioencefálico
15 a 44 anos	Choque hipovolêmico Traumatismo por arma de fogo Acidente cérebro-vascular
45 a 59 anos	Parada cardiorrespiratória Infarto agudo do miocárdio Edema pulmonar
60 ou mais	Parada cardiorrespiratória Infarto agudo do miocárdio Acidente cérebro-vascular

Fonte: Escritório de Informação Hospital San Salvador de Chiquinquirá

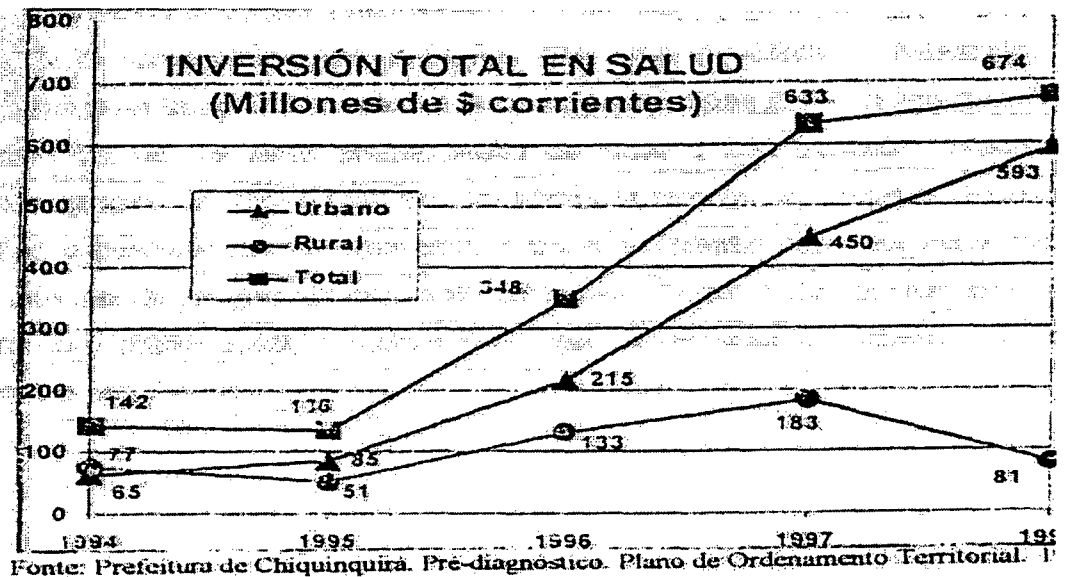
A equipe que elaborou o Plano Local de Saúde analisou parcialmente a situação e, ao hierarquizar os problemas de saúde presentes no município, parece ter levado em conta somente as orientações de caráter técnico que constam nos manuais-guia para a elaboração do plano, sem considerar as áreas críticas assinaladas no *fluxograma situacional anexo ao Plano Local de Saúde*: pouca participação da comunidade, falta de planejamento, baixa cobertura de população com necessidades básicas insatisfeitas do regime subsidiado (36.8%), insuficiente suporte em rede de serviços, deficiência nos programas de promoção e prevenção. Esta situação determinou que a priorização da problemática de saúde fosse feita a partir de uma visão eminentemente biológica, tendo em conta somente fatores

relativos a:

- Problemas de origem virótica e bacteriana.
- Infecções intestinais.
- Parasitismo intestinal.
- Problemas de tecidos dentários
- Hipertensão arterial.
- Problemas pulmonares.
- Doença ácido-péptica.
- Traumatismo por acidente e por feridas.

A panorâmica anterior evidencia a orientação do Plano Local de Saúde: maior ênfase às ações eminentemente curativas e intra-hospitalares, para as quais foram destinados os maiores recursos e esforços. Embora os recursos para investimento hajam aumentado consideravelmente, como se observa no gráfico 8, estes não foram destinados equitativamente para as ações que realmente contribuíssem ao cumprimento do plano, no sentido de considerar a saúde como um assunto de todos, que requer um compromisso claro, como resultado de processos políticos e sociais. Não estão indicados os mecanismos para que as comunidades não fiquem excluídas dos citados processos.

**Gráfico 8 - Investimento total em saúde, Chiquinquirá, Boyacá, Colômbia 1994-1998**





Tudo indica que esta postura obedece, por um lado, ao conceito de saúde dos orientadores da elaboração do Plano e às exigências derivadas do denominado subsídio à demanda, devido a que é praticamente impossível pretender fazer saúde pública em Empresas Sociais do Estado (ESE), cujo único subsídio chega através da demanda. A passagem do subsídio à oferta põe em perigo a solidariedade e a justiça social.<sup>56</sup> Por outro lado, existe um conceito setorizado da promoção da saúde, tanto nos profissionais da saúde, que participaram da elaboração do plano, quanto nas autoridades municipais de saúde e demais órgãos decisórios.

Comentou-se que a generalização do denominado subsídio à demanda, como núcleo das políticas sociais do estado, é uma pretensão pouco viável, que, na prática, gera maiores limitações nos programas.<sup>57</sup> Portanto, para o setor saúde não está claro se o subsídio à demanda fortalece indiretamente o modelo curativo, em detrimento do modelo promocional preventivo.

Inevitavelmente, a opção consiste em aproveitar a trajetória e as diversas formas de participação comunitária na solução dos seus problemas. Ademais, há condições favoráveis para tanto. Em conjunto com as autoridades e outras instituições, a promoção da saúde há de ser uma preocupação de toda a comunidade. Processo no qual os diversos grupos se convertam em co-administradores de projetos de promoção social, nascidos espontaneamente, que conduzam à satisfação das suas necessidades básicas e não à criação de programas para a comunidade,<sup>58</sup> com o fim de materializar as propostas a partir do âmbito local, possibilitando que as pessoas se tornem sujeitos históricos e construam seu futuro.

#### **1.4 - . As políticas**

O surgimento e desenvolvimento do presente projeto investigativo sustenta-se, basicamente, sobre três eixos: políticas curriculares, políticas de saúde e políticas de pesquisa.

##### **1.4.1. Políticas curriculares**

---

<sup>56</sup> RICO, J. Neoliberalismo, salud pública y atención primaria: Las contradicciones en el paradigma de salud para todos. Rev. Colômbia Médica. Vol. 28 (1), editora médica do Valle. Cali, 1997, p.32

A Universidade Nacional da Colômbia, fundada em 1867, é uma comunidade acadêmica cuja missão essencial é a criação, desenvolvimento e incorporação do conhecimento e sua vinculação à cultura. Como órgão político estatal, autônomo e independente, tem entre seus fins os seguintes:

- Estudar e analisar problemas nacionais e propor, com independência, formulações e soluções pertinentes, convertendo-se assim em consciência crítica da nação.
- Contribuir à unidade nacional, em sua condição de centro de vida cultural e intelectual, aberto a todas as correntes de pensamento e a todos os setores sociais, étnicos, regionais e locais.
- Criar e assimilar criticamente o conhecimento nos campos avançados das ciências, da técnica, da tecnologia, da arte e da filosofia.<sup>59</sup>

Neste contexto, a experiência pessoal e o interesse da autora na participação em projetos docentes assistenciais, de caráter comunitário, serviram de base para exercer, a partir de 1990, a coordenação do modelo educativo do Projeto AIMIDEC (Atenção Integral Materna-Infantil para o Desenvolvimento Comunitário), em cinco bairros do sul-oriental de Santafé de Bogotá. Posteriormente, a partir de 1993, participou de uma experiência impulsionada pela Direção de Mestrado em Saúde Familiar, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Nacional, para implementar o Projeto Interinstitucional de Atenção Integral à Família, com enfoque de A.P.S. em Funza, Cundinamarca, que se enquadrava nas políticas universitárias e de saúde vigentes no país.

Estas experiências permitiram consolidar espaços para o desenvolvimento de novas modalidades acadêmicas, de caráter extracurricular e interdisciplinar em atenção primária em saúde e projetos de desenvolvimento comunitário na área de influência do projeto AIMIDEC. Ademais, no município de Funza foram institucionalizados projetos concertados com autoridades e grupos comunitários da localidade (Saúde escolar, idosos, prevenção de câncer), elementos que coadjuvaram na adoção destes dois projetos como *Polos de Desenvolvimento* dentro da política acadêmica da Faculdade de Enfermagem.

---

<sup>57</sup> GONZALEZ, Camilo. *El revolcón de lo social*. Em: A política social nos anos 90. Uma análise a partir da universidade. Universidade Nacional da Colômbia. Faculdade de Ciências Humanas. Departamento de Assistência Social. PRIAC. Santafé de Bogotá, 1994, P. 67

<sup>58</sup> GÓMEZ, L.T. *Política de participación o prticipación política?* Em : La política social em los años 90, p. 130

A autora também participou do assessoramento prestado pela Faculdade de Enfermagem, em 1994, ao município de Chiquinquirá, para propor um modelo de atenção baseada na promoção da saúde e prevenção de doenças, nos contextos da descentralização e democratização da saúde. Esta circunstância aumentou seu interesse em incursionar nesta temática, vislumbrada como uma área que requeria fortalecimento.

A reforma acadêmica, iniciada em 1989 na Universidade Nacional da Colômbia, visava oferecer programas mais sensíveis às potencialidades da comunidade universitária, adequados às necessidades estratégicas do país, rompendo barreiras acadêmicas e socioculturais. Por isso, considerou-se que no processo de aproximação da população aos intelectuais, evidenciam-se e tensionam-se as necessidades, buscas e a lógica científica, por um lado e, pelo outro, as urgências e demandas de uma praxis popular.<sup>60</sup> Para responder a este desafio, foi iniciado a partir de 1990 um processo de reflexão e revisão dos currículos na Universidade Nacional, com o fim de adequá-los às condições políticas, jurídicas, sociais, educativas e econômicas surgidas no âmbito nacional.

Como resposta a estas exigências, foi projetado um modelo curricular formado por uma área básica e uma área flexível. O objetivo desta última foi orientado à busca de espaços que permitissem uma comunicação para enriquecer a formação do profissional no espaço geral da sua ação social, denominado *práctica* por Habbermas.<sup>61</sup>

O componente flexível é formado por cursos de contexto, matérias eletivas e linhas de aprofundamento. Estas últimas, concebidas como um conjunto de matérias que, sem implicar em formas de especialização, promovem a aplicação de conhecimentos em uma área específica. Modalidade que permite uma formação diversificada, segundo os interesses do estudante, a vinculação do curso universitário com a pós-graduação e as linhas de pesquisa, possibilitando uma resposta rápida e adequada às exigências e necessidades do país, de modo que os futuros profissionais adquiram capacidades para aplicá-las em diversos cenários nos quais desenvolvem sua prática social.

A nova estrutura do Plano de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade

---

<sup>59</sup> UNIVERSIDADE NACIONAL DA COLÔMBIA. *Plan estratégico de desarrollo 1999-2000. Liderazgo por resultados!*. Unilibros. Universidade Nacional da Colômbia, Sede Santafé de Bogotá. 1999, p. 2

<sup>60</sup> BREILH, J. *Las ciencias salud pública en la construcción de una prevención profunda. Determinantes y proyecciones*. Em: *O biológico e o social. Série de desenvolvimento de recursos humanos*. No. 101. OPS/OMS. Washington, D.C. 1994, p. 95

<sup>61</sup> HERNÁNDEZ, Carlos. *Cultura interdisciplinaria y reforma académica*. Em: *Ética, universalidad y salud. Memórias do Seminário marco conceitual para a formação do profissional em saúde*. Universidade Nacional da Colômbia. Ministério da Saúde. Santafé de Bogotá. 1993, p. 20

Nacional, em sua parte flexível, introduziu inicialmente as matérias denominadas eletivas, entre elas a matéria Educação para a Saúde, que serviu de base para criar a linha de aprofundamento em promoção da saúde. Um dos seus objetivos era a criação de espaços para incentivar uma cultura interdisciplinar, contribuir ao reconhecimento da complexidade dos problemas, ampliar suas perspectivas e destacar a dimensão sociocultural das decisões técnicas ou profissionais tomadas nos diversos espaços da prática social.<sup>62</sup>

A linha de aprofundamento em promoção da saúde foi concebida em dois níveis, que serviram de base para que, em 1997, fosse iniciado o processo de construção de uma linha de pesquisa em promoção da saúde, em apoio às novas opções acadêmicas da Faculdade e preparação para a criação do Doutorado em Enfermagem. Os trabalhos acadêmicos surgidos desta Linha realizam-se nos denominados pólos de desenvolvimento da Faculdade: Localidade Quarta de Santafé de Bogotá e Município de Funza.

Assim, o acolhimento e o apoio às propostas acadêmicas que podem contribuir ao melhoramento da prestação dos serviços de saúde e solucionar problemas prioritários de saúde em outras instâncias dependem, em grande parte, da responsabilidade, compromisso e seriedade dos setores impulsores e a possibilidade de participação e decisão de grupos comunitários.

Os diversos cenários acadêmicos criados nos pólos de desenvolvimento são considerados ambientes adequados para estabelecer diferentes formas de articulação com múltiplos setores e com a sociedade civil. Aqui, o componente acadêmico tem um papel importante, pela inter-relação dinâmica das categorias teoria-prática e pesquisa, com o fim de consolidar e aumentar a base de conhecimentos, qualificar o cuidado da saúde, formar profissionais acordes às necessidades reais do país, ampliar seu papel, de modo que possam participar do cuidado da saúde e da vida das comunidades e contribuir ao processo de viver e ser saudável.

Além disso, o trabalho acadêmico nesses espaços mostrou que é benéfica a vinculação do estudante a experiências que possibilitam aproximar a teoria e a prática, conhecer e vivenciar a cotidianidade das comunidades no contexto local, participar ativamente da tomada de decisões em outros espaços sociais e assumir desafios e responsabilidades referentes ao cuidado da saúde e a vida do ser humano.

---

<sup>62</sup> Ibidem, p. 20

Neste campo, os projetos de extensão universitária desenvolvem um papel fundamental, pois constituem a ponte para que seja realizada a interação da academia com o meio externo, onde se realizam processos que contribuem para despertar a sensibilidade social da comunidade acadêmica através do apoio, assessoramento e intervenção nos processos de implementação de políticas sociais. Entre elas, destaca-se a promoção da saúde, cuja construção exige transformação das práticas sociais<sup>63</sup> e uma visão diferente dos profissionais da saúde. Há interesses econômicos, políticos, sociais, normas culturais, que implicam no desenvolvimento de referenciais e a adoção de novos métodos e enfoques de trabalho no âmbito individual e coletivo e exigem o fortalecimento da pesquisa, da docência e da extensão universitária.

Estes deverão assinalar a porta de entrada ao trabalho, sua problemática, necessidades e recursos, constituindo-se em porta-vozes da comunidade junto às diferentes instâncias, com a formação de redes informais de apoio e dialogais, para criar conexão entre os interesses pessoais e sociais.<sup>64</sup>

Assim, corrobora-se que a academia constitui, por excelência, o campo no qual, através da reflexão, o intercâmbio e a interiorização do conhecimento entre docentes, estudantes, profissionais e outros atores sociais, os diferentes saberes adquirem significado; através de uma verdadeira relação entre a teoria, a prática e a pesquisa, propicia-se a racionalização da prática e a consolidação das bases teóricas que nutrem o conhecimento e contribuem para modernizar a concepção das disciplinas e das profissões.

Para as instituições formadoras, este tipo de relações é de grande valor. Através do trabalho interdisciplinar, consolidam-se seu saber, as disciplinas e profissões assimilam as transformações para reconceitualizar e aumentar a base de conhecimentos, transformar a prática e conseguir que o conhecimento, resultado da prática, possa ser compartilhado objetiva e intersubjetivamente.

Atualmente, os níveis locais apresentam maiores possibilidades para aplicar a política da promoção da saúde ao nosso trabalho social, iniciando sua incorporação nos espaços cotidianos das pessoas, já que o cuidado da saúde deve realizar-se nos lares e nos

---

<sup>63</sup> HENDERSON, D. *Prioridades de salud: Problemas por resolver y nuevos retos*. Saúde Pública do México. Vol. 33 (5). México. 1991, pp. 548 - 550

<sup>64</sup> Vejam-se as seguintes obras; GOMEZ, L.T. *Política de participação ou participação política?*, p.131; BARRETO, J. *Presencia de la participación comunitaria en los planes de desarrollo*, p. 162 ; Em: *Política social nos anos 90*, p. 162

lugares de trabalho social cotidiano.<sup>65</sup> Assim, coloca-se o homem como centro da promoção da saúde e como sujeito e objeto, com o fim de alcançar as perspectivas de saúde para todos e cumprir seus objetivos de afetar fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais e biológicos, para melhorar o estado de saúde da população.

#### 1.4.2 - Políticas de saúde

Tal como na década de 60 foram introduzidos os sistemas de planejamento no setor saúde nas Américas, iniciativa originada da Aliança para o Progresso e promovida em saúde pela OMS/OPS com seu modelo CENDES/OPS, a década de 90 caracteriza-se por reformas setoriais que, de um ou de outro modo, estendem-se hoje a todos os sistemas de saúde da região. De todas as recentes reformas, indubitavelmente a colombiana é a mais ambiciosa e integral, motivo pelo qual sua aplicação é mais difícil e complexa. Nunca houve uma reforma de tal magnitude e complexidade no setor saúde.<sup>66</sup>

A partir de 1991, a política de saúde do país considera a promoção da saúde o eixo do novo modelo de saúde, com o fim de desenvolver a capacidade resolutive integral no nível básico de atenção, manter a população saudável, desenvolver a prevenção e revalorizar a atenção curativa<sup>67</sup>, por meio de dois eixos integradores: a implantação de um novo sistema de saúde unificado, equitativo e solidário, para oferecer cobertura universal e o desenvolvimento da cultura da saúde baseada na paz, convivência e democracia.<sup>68</sup> Juntamente com a participação comunitária, estes eixos constituem os pilares do desenvolvimento do componente local, base do novo sistema de saúde.<sup>69</sup> Além disso, é nos espaços locais que a saúde se expressa como serviço público, com a responsabilidade compartilhada pelo:

1. **Estado:** integrado por políticos, funcionários e técnicos, que desempenham o papel de agentes reguladores para assegurar a qualidade dos serviços.
2. **A comunidade:** que deve assumir a responsabilidade em face da saúde com participação ativa, exigindo o cumprimento do seu direito constitucional à saúde.

<sup>65</sup> CASTRILLÓN, Consuelo. *La dimensión social de la práctica de enfermería*. Editorial Universidade de Antioquia YULUKA/ Enfermagem. Medellin. 1997, p. xiii

<sup>66</sup> JARAMILLO, Iván. *La seguridad social en salud. Análisis comparativo*. Em: Rev. Saludtud. Fundação Universidade Jorge Tadeo Lozano. Santafé de Bogotá. 1998, p. 4

<sup>67</sup> AGUDELO, Carlos. *Promoción de la Salud en Colombia. Por que y Para qué?* Palestra. II Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde. OPS. Santafé de Bogotá. 1992, pp. 80 - 88

3. **As instituições formadoras:** que podem assumir o papel de advogar pela implementação de diversos processos.<sup>70</sup> A partir de 1991, as políticas de saúde justificam-se sobre a base de:

- Fortalecer o primeiro nível de atenção, mediante estratégias como a democratização do conhecimento, a participação comunitária, o fortalecimento da coordenação interinstitucional e intersetorial.
- Elaboração do Plano de Desenvolvimento enquadrado nas ferramentas legais dadas pela Lei 10 de 1990 e as leis 60 e 100 de 1993, respectivamente.
- Diminuir a desigualdade do sistema, refletida nas baixas coberturas, problemas de acessibilidade, desigualdades regionais, escassa participação cidadã, inadequada coordenação e complementaridade entre as diversas instituições que formam o sistema, fatores que fortalecem o modelo curativo.

Do mesmo modo, as atuais políticas de saúde, especificamente as concernentes ao campo da promoção da saúde no país, retomam as orientações estratégicas da OPS, dirigidas à modernização do setor, para dar uma resposta mais eficiente, eficaz e equitativa às necessidades de saúde da população.<sup>71</sup>

O fortalecimento dos níveis locais pretende que os sistemas locais de saúde não sejam somente instituições, mas que constituam também um mecanismo de relação e articulação, construídos com o objetivo de esforçar-se para gerar o desenvolvimento da saúde, através de diferentes formas de ação comunitária que atualizem e revitalizem uma nova dimensão do processo de viver e ser saudável.

Assim, a gestão local, como processo de transformação de uma coletividade humana, servirá para estimular as iniciativas locais, a participação voluntária, a cooperação recíproca e deverá ser auto-sustentável. Através da participação de diferentes atores, assegura melhor qualidade de vida da população, desenvolve a produção e o emprego, constrói cidadania e integridade social.<sup>72</sup>

No processo de inovação na prestação de serviços de saúde e de enfermagem, como

---

<sup>68</sup> *Ibidem*, p. 87

<sup>69</sup> TEJADA, D. *Salud pública y APS una evaluación crítica*. Em. OPS/OMS *Crisis de la salud*, p. 108

<sup>70</sup> RÍCO, J. *Neoliberalismo*, p. 33

<sup>71</sup> *Ibidem*, p. 33

<sup>72</sup> KISNERMAN, N. *Pensar el trabajo social*, p. 194



principal provedor de atendimento direto<sup>73</sup> com capacidade de resolução de problemas que afetam a cotidianidade das pessoas, a promoção da saúde constitui-se em estratégia e elemento fundamental para impulsionar o cuidado da saúde. Isto leva a denominar as profissões que se dedicam a resolver problemas cotidianos da população como *profissões de consulta*.<sup>74</sup>

Assim, procura-se que a vida e a saúde deixem de ser uma preocupação exclusiva do “setor saúde” para tornar-se uma grande tarefa social e objeto importante das agendas políticas e legislativas, de ações estatais e da cotidianidade cidadã.<sup>75</sup>

Esta possibilidade está dada pelo novo sistema de saúde, fundamentado na promoção da saúde e prevenção de doenças, mediante a consolidação de um modelo capaz de conhecer e avaliar os riscos, com o fim de atendê-los através de mecanismos efetivos e desenvolvendo, simultaneamente, ações de promoção da saúde como estratégia para impulsionar políticas públicas e estilos de vida saudáveis. Neste cenário, a sociedade, o Estado e as instituições contribuem para a obtenção do bem-estar para todos.<sup>76</sup>

A política vigente de saúde entende a saúde não só como resultado da atenção à doença. Não basta atender às demandas e doenças dos indivíduos para melhorar suas condições de vida. A saúde se obtém, em primeira instância, quando existe satisfação das necessidades básicas dos indivíduos, por meio da implantação de políticas públicas saudáveis, que começam a ser executadas nos níveis locais.<sup>77</sup> Políticas que podem ter viabilidade e factibilidade, mediante a negociação política, técnica e administrativa, aproveitando o contexto da descentralização e a democratização da saúde, o que possibilita a implementação da estratégia de promoção da saúde nos processos de planejamento local participativo, com a mobilização local e a negociação para desenvolver pactos sociais pela saúde.<sup>78</sup>

Os espaços locais não de estar abertos às transformações tendentes à busca da solução da problemática das comunidades, em conjunto com autoridades, organizações

<sup>73</sup> BRITO, Pedro. e outros. *Trabajo sobre mercado de trabajo en enfermería*. (Documento de Trabajo), O.P.S. Washington, D.C. 1995, p. 8

<sup>74</sup> FREIDSON, E. *La profesión médica: un estudio de sociología de conocimiento aplicado*. Barcelona, Península 1978. Citado por Castrillón, Consuelo e outros. A profissão médica na Colômbia. *Rev. Faculdade Nacional de Saúde Pública*. Vol 16 (2), Universidade de Antioquia. 1999, p. 52

<sup>75</sup> FRANCO, Saúl. *La salud al final del milenio*. VI Congresso Internacional de Medicina Social. México, 1994, p. 16

<sup>76</sup> COLÔMBIA. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção de Promoção da Saúde. *La promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el Sistema General de Seguridad Social*. Santafé de Bogotá. 1996, p. 9

<sup>77</sup> *Ibidem*, p. 9

<sup>78</sup> ROZENTAL, M. *La promoción de la salud*, p. 6

não-governamentais e líderes, através de estratégias para criar cenários favoráveis à saúde. É nesse âmbito que se inter-relacionam e se valorizam os diferentes saberes, especialidades e métodos de trabalho, de modo a compatibilizar o diálogo interdisciplinar e o trabalho intersetorial.

Ali, o trabalho intersetorial, visto como uma unidade em face do objeto de trabalho, busca romper isolamentos setoriais e desenvolver um trabalho em rede, através da formação de equipes de trabalho para articular as estratégias de intervenção em indivíduos, famílias e comunidades. São possibilidades válidas para implementar nos espaços locais as políticas públicas saudáveis, por ser ali onde se definem as estratégias de intervenção, constroem-se redes como um meio de reencontrar a solidariedade de modo produtivo e projetos de capacitação, de convivência, de animação cultural e de preservação do meio ambiente.<sup>79</sup>

A existência no país de um modelo e uma política de saúde baseada na promoção da saúde dá e facilita ao profissional da saúde a possibilidade de cumprir um papel fundamental na liderança de ações que tornem possível sua implementação e desenvolvimento nos níveis locais. Isto é, incorporando os princípios vigentes da promoção da saúde, tais como a defesa da saúde, a participação, a autonomia e a autoresponsabilidade, buscando que a população, o setor saúde e as instituições locais construam alternativas de desenvolvimento.<sup>80</sup>

Com estas políticas, aproveita-se a riqueza dos espaços locais, constituídos por um sistema de relações entre grupos independentes, que compartilham uma história e valores similares e pautas culturais, que implicam em domínio e identidade coletiva e formam um poder constituído ao redor de processos locais de geração de riqueza.<sup>81</sup> Constituem-se em elementos dinamizadores do trabalho com as comunidades.

Em face da crise que hoje atravessa a saúde dos colombianos, requerem-se mudanças estruturais nas metas e estratégias de desenvolvimento econômico e social, para evitar maior deterioração da saúde da população e para estimular a construção democrática de um sistema de prestação de serviços que responda às necessidades heterogêneas dos grupos

---

<sup>79</sup> KISNERMAN, N. *Pensar el trabajo social*. p. 235

<sup>80</sup> FRANCO, Saúl. e outros. *La promoción de la salud y la seguridad social*. ISS. Corporación Saúde y Desenvolvimento. (Monografia), Santafé de Bogotá, 1995, p. 10

<sup>81</sup> AROCENA, José. *El desarrollo local un desafío contemporáneo*. CLAEH. Universidade Católica do Uruguai. Nova Sociedade. Citado por KISNERMAN, N. *Pensar el trabajo social*, p. 193

sociais.<sup>82</sup>

Deste modo, atua-se sobre os problemas que afetam a saúde, na base do saber unidisciplinar e interdisciplinar e o trabalho intersetorial, com o fim de abrir possibilidades viáveis e factíveis para serem desenvolvidas nos níveis locais, através da negociação política, técnica e administrativa, facilitando a verdadeira descentralização e democratização da saúde, com a implementação e o desenvolvimento das ferramentas legais dadas na Carta Constitucional de 1991 e nas Leis 60 e 100 de 1993.

O Plano de Desenvolvimento *Cambio para construir la paz* (1998-2002) assinala que a política social tem como prioridade buscar maior cobertura, equidade, eficiência e qualidade da seguridade em saúde, formação para o emprego e implementação de programas para a infância e a família.

As políticas sociais estão enquadradas no “Contexto de mudança para o século XXI”, tomando como base o crescimento sustentável com coesão social, que implica:

- Do ponto de vista social: que o conhecimento seja gerador de emprego, de capacidades e de oportunidades para os pobres.
- Do ponto de vista político: que o processo de crescimento seja fundamentalmente equitativo e participativo.
- Do ponto de vista econômico: que o crescimento seja base do incremento de produtividade.
- Do ponto de vista ambiental: que o conhecimento seja compatível com a preservação e o manejo dos recursos naturais.<sup>83</sup>

Os anteriores aspectos serão desenvolvidos mediante as seguintes estratégias:

1. Obtenção de um estado participativo, com o fortalecimento de processos de descentralização e modernização do estado.
2. Reconstituição do tecido social através de ações nos setores da educação e a saúde, com os seguintes programas:
  - Filiação ao regime subsidiado e aumento de cobertura, considerando os níveis de

<sup>82</sup> ALVAREZ, Luz. *La salud en el Plan Nacional de Desarrollo: Sin cambios para construir la paz*. Em: Rev. Universidade de Antioquia. Faculdade Nacional de Saúde Pública. Vol. 17 (1) Medellín 1999, p.93 - 101

<sup>83</sup> COLÔMBIA. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, Departamento Nacional de Planejamento. *Plan Nacional de Desarrollo 1998 – 2002. Cambio para construir la paz*. El Tiempo. Santafé de Bogotá. 2000. Pp. 2 - 15

necessidades básicas insatisfeitas e de menor cobertura, e a população mais vulnerável, através de pacotes de serviços para grupos vulneráveis e criação de subsídios parciais.

- Plano de Atenção Básica (PAB). O Ministério da Saúde liderará estratégias de controle de enfermidades emergentes e reemergentes, com ênfase em promoção da saúde, participação social e ordenamento do meio ambiente.<sup>84</sup>

Uma das ferramentas fundamentais para cumprir as metas das políticas públicas de saúde vigentes, é a promoção da saúde e da vida dos cidadãos colombianos, ampliando o conceito de participação ao de fortalecimento e desenvolvimento da comunidade. Este fortalecimento é uma construção de múltiplos níveis, envolve os indivíduos no contexto social e político para exercer o poder político, assumindo o controle das suas vidas, enquanto participe das atividades democráticas da sua comunidade.

Labonte (1992) indica, entre outras, as seguintes características do citado fortalecimento, relativas à manutenção da saúde.

- Uma consciência que possa exercer um controle significativo sobre soluções ambientais que se deseja mudar.
- Autoafirmação, ou seja, a consciência de que possuam as habilidades necessárias ou os recursos para exercer um controle significativo.
- Coerência, isto é, a consciência de que, ao estar exercendo esse controle, estão interagindo com o meio ambiente e com outros setores implicados nos processos de fortalecimento e desenvolvimento da comunidade.

Atualmente, para atingir processos de fortalecimento comunitário, devem ser assumidas como prioridade as necessidades de saúde da população e o compromisso com as políticas sociais e macroeconômicas que constituem um fator de proteção para a manutenção da saúde e da vida das comunidades.<sup>85</sup>

### **1.4.3 - Políticas investigativas**

Na implementação e desenvolvimento das políticas sociais, a universidade tem uma missão fundamental. Os processos investigativos por ela impulsionados contribuem à criação e adoção de metodologias de trabalho e tecnologias apropriadas para cenários

---

<sup>84</sup> Ibidem, pp. 2 – 15

específicos, que levem a torná-las realidade e inseri-las na formação de pré e pós-graduação. Em conjunto, docentes e estudantes participam de uma análise crítica, orientada à formulação de alternativas acordes com o desenvolvimento do conhecimento e as necessidades das comunidades nas quais irão desenvolver-se.

A Universidade Nacional da Colômbia, especificamente a Faculdade de Enfermagem, no Plano de Pesquisa 1995-1998, adotou como política o fortalecimento e a integração acadêmica. Assim potencializam-se e inter-relacionam-se as funções de docência, extensão e pesquisa, determinando novas condições de formação profissional, pelo impacto da ciência e da tecnologia, pelas transformações das relações e pelas formas de trabalho nas áreas do exercício profissional.

Dentro desta política, a pesquisa adquire uma dimensão preponderante e se desenvolve através de pesquisas centradas no SER, enquanto estuda nosso *ethos* e indaga sobre sua concepção filosófica. É uma expressão do humanismo que tende à compreensão integral da sociedade em que vivemos. As pesquisas centradas no SABER (conhecimento) referem-se à clareza teórica e metodológica com a disciplina, que se refere ao campo científico no qual são pesquisados certos aspectos da realidade com o fim de gerar, utilizar e difundir o conhecimento. Por outro lado, nas pesquisas centradas no FAZER, trata-se do exercício profissional que tem sua origem na prestação de serviços à população.<sup>86</sup>

O programa de fortalecimento da pesquisa centrará seus esforços no estudo dos problemas prioritários da saúde, da prática e da disciplina de enfermagem e no apoio à formação de pesquisadores, buscando a vinculação com redes nacionais e internacionais. Sua consolidação será realizada nos programas de pós-graduação com a formulação de linhas de pesquisa que respondam ao desenvolvimento da área da saúde, da enfermagem e no estímulo aos grupos de pesquisadores. A pesquisa na Faculdade de Enfermagem deve ser um exercício coletivo, com vistas à validação do conhecimento, para responder às necessidades e problemas do país e ao desenvolvimento da docência e da profissão de enfermagem.

Uma das metas propostas pela Faculdade de Enfermagem consiste em consolidar linhas de pesquisa que respondam a áreas estratégicas de desenvolvimento, entre elas o fortalecimento de grupos de pesquisadores, a utilização dos resultados dos processos

---

<sup>85</sup> ALVARES, LUZ S. *La salud en el plan de desarrollo: sin cambios*, pp. 93 – 101

investigativos para transformar e enriquecer a docência e a extensão, transformar a aproximação aos diversos cenários que promovem o cuidado da saúde e da vida, que foram mais legitimados através de um ato de fé do que através de processos investigativos rigorosos e de estudos de avaliação.<sup>87</sup>

Ao revisar a produção investigativa na Faculdade de Enfermagem, nos níveis de pré e pós-graduação, a partir de 1990, viu-se que 18% das pesquisas desenvolveram-se na área de promoção da saúde, dirigidas especialmente à educação em saúde. Isto coincide com a proposta de Delaney F. (1994), assinalando que os avanços dados pela enfermagem no âmbito da promoção da saúde focalizaram basicamente a educação em saúde, ao ponto de serem usados como sinônimos (Arroyo 1998).

Esta situação atribui-se a:

- Os conceitos de saúde-doença
- A percepção da relação entre prevenção de doenças e promoção de saúde com bem-estar.
- A relevância e o lugar dado às noções clássicas de prevenção primária, secundária, terciária e promoção da saúde e as posteriores implicações para a educação em saúde.
- O papel e o lugar atribuído à educação em saúde nas diversas noções de promoção da saúde.
- O lugar atribuído às políticas e o potencial atribuído à promoção da saúde como tarefa de mudança.<sup>88</sup>

Há portanto necessidade de reorientar a pesquisa sobre promoção da saúde com uma visão ampla e integral, baseada em diversos marcos de referência, dados a partir do informe Lalonde em 1974, até a Declaração de Jacarta em 1997 e as orientações da OMS/OPS. Com isto, pretende-se:

- Enfatizar as perspectivas sócioeconômicas e políticas da saúde.

---

<sup>86</sup> UNIVERSIDADE NACIONAL DA COLÔMBIA. Faculdade de Enfermagem. *Plan de Desarrollo 1995-1998*. Santafé de Bogotá. 1998. (Documento de trabalho), p. 8

<sup>87</sup> LENG, Lawrence. *Health promoting settings: from Ottawa to Jakarta*. Rev. Promotion the Health Internacional. Vol. 12 (2). Grã Bretanha. 1997, pp. 99 – 101

<sup>88</sup> DELANEY, F. *Nursing and health promotion: Conceptual concerns*. Journal Advanced Nursing, V (20), New York, 1994, pp. 828 - 835

- Incorporar o aspecto individual, coletivo e as relações sociais.
- Redefinir o enfoque tradicional da educação para a saúde.
- Redimensionar a participação comunitária como eixo da promoção da saúde.
- Redimensionar e orientar o papel do setor saúde na promoção da saúde.<sup>89</sup>

As orientações anteriores tendem a enriquecer o conhecimento através do desenvolvimento de diversos enfoques e metodologias investigativas que permitam interpretar, compreender e atuar sobre complexos fenômenos sociais e comportamentos que deterioram o bem-estar e o desenvolvimento da sociedade,<sup>90</sup> com respostas eficientes e eficazes que sustentem a saúde. Isto exige ir além do autocuidado e da educação da saúde, através do fortalecimento do trabalho intersetorial e multidisciplinar.<sup>91</sup>

É válido retomar as conclusões obtidas no estudo realizado por ACOFAEN (1993-1994) sobre o desenvolvimento da promoção da saúde em diversas unidades acadêmicas de enfermagem. Os aspectos considerados relevantes nesse estudo são:

- Quanto à localização da temática de promoção da saúde nos planos de estudo, foram obtidos os seguintes resultados:
  - Relativa desarticulação de conteúdos e dispersão em todos os semestres da carreira.
  - Não se observa uma diretriz ou meta a atingir, no concernente ao enfoque manejado. Faz-se referência a “sistêmico”, sobre mudanças comportamentais de vida, “individual”, sobre a modificação comportamental para estilos de vida saudáveis.
  - As experiências práticas enfatizam a análise sistêmica e as ações de intervenção realizam-se com grupos específicos (Grupos-alvo: crianças, adolescentes, idosos).
  - Retomam-se postulados do cuidado da saúde.
- Com respeito ao conceito de promoção de saúde utilizado:
  - Como um nível de prevenção, na dinâmica proposta pelo processo de saúde-

<sup>89</sup> RATHGEGGER, Eva. VALDERRAMA, Camilo. *Lineas de investigación prioritarias de promoción de la salud*. Washington. D.C. OPS/ OMS. 1992, p. 6

<sup>90</sup> *Ibidem*, p. 7



doença, enquadrado no modelo Leavell e Clark.

- Conjunto de processos e ações a alcançar entre setores e grupos sociais, na busca de novas condições de saúde e de vida.
- Como uma proposta social centrada na população, sua dinâmica, seus recursos e a participação de setores sociais que trabalhem em parceria para obter pactos sociais pela vida e a saúde.
- Com referência ao papel da enfermagem
  - Existe acordo em salientar sua capacidade.
  - Papel de mediadora ou facilitadora de processos de construção social.
- Há necessidade de fazer estudos que permitam maior aprofundamento teórico e prático.
- Os avanços teóricos conceituais tendem a delimitar a promoção da saúde da prevenção de doenças, sem que, na prática, seja fácil colocar o limite que mostre até onde vai a promoção da saúde e em que momento se inicia o terreno da prevenção de doenças.

As conclusões anteriores constituem razões válidas para iniciar uma primeira aproximação, para delimitar estes conceitos, aprofundar na temática e propor alternativas que respondam aos interesses acadêmicos. Ou seja, no terreno em que a promoção da saúde apresenta a possibilidade de aproximar a pesquisa ao mundo da prática<sup>92</sup>, ao constituir-se em ferramenta que reforça os ideais e o exercício democrático. É o enlace entre a verdade científica e a sabedoria popular sobre a condição humana<sup>93</sup>. Além disso, permite que interajam a lógica dos conceitos ou dialética descendente de conceitos e a lógica da experiência ou dialética ascendente da experiência.<sup>94</sup>

Com o fortalecimento de pesquisas nesse campo, contribui-se ao desenvolvimento de uma cultura da saúde enquadrada na dimensão cultural da promoção da saúde, assumindo como ponto de partida um conjunto de saberes e práticas nas diferentes ordens em que

<sup>91</sup> RICO, J. *Neoliberalismo*, p.33

<sup>92</sup> BERLINGUER, Giovanni. *Questões de vida ética, ciência, saúde*. APCE-HUCITEC-CEBES. São Paulo. 1993, p. 150

<sup>93</sup> ALLEYNE, G. *Promoción de la salud una antología*. Publicação científica 557. Washington D.C. OPS/OMS.1996, p. vii

<sup>94</sup> GÓMEZ, Hernando. *Hacia una enfermería crítica: Breve reflexión epistemológica*. (Documento de Trabalho), Santafé de Bogotá, 1998, p. 7

transcorre o cotidiano e onde a vida é valor essencial e condição fundamental do cuidado da saúde<sup>95</sup> ou como um conjunto de modos, idéias, crenças, valores, atitudes, relações, estilos, instituições, saberes e tecnologia que permitam aos seres humanos construir projetos de vida saudáveis<sup>96</sup> E assim conseguir que, no próximo milênio, esta estratégia se destaque como um dos elementos de indiscutível relevância no futuro dos serviços sanitários no âmbito mundial.<sup>97</sup>

Outros elementos que convidam a trabalhar na temática são as rerepresentações e reflexões dos órgãos que direcionam o sistema e buscam dar à promoção da saúde o lugar que lhe corresponde, acorde à filosofia do modelo proposto, para evitar a confusão e a duplicação de ações e recursos no sistema de seguridade social.

### 1.5. Objetivos

- Construir coletivamente uma proposta de promoção da saúde na vida cotidiana, em harmonia com as necessidades da comunidade, que contribua para solucionar seus problemas e possa ser gerenciada junto às instâncias pertinentes (Prefeitura Municipal, Conselho Municipal ou outros organismos governamentais ou não-governamentais).
- Identificar processos de participação genuína, presentes na comunidade do Bairro 20 de Julho, que facilitam a implementação da promoção da saúde.
- Determinar as condições mínimas requeridas para inserir a promoção da saúde no cotidiano dos habitantes da comunidade do Bairro 20 de Julho.
- Contribuir ao desenvolvimento da política de promoção da saúde no nível local.

---

<sup>95</sup> FRANCO, S. e outros. *Promoción de la salud*, p. 11

<sup>96</sup> ROZENTAL, M. *La promoción de la salud*, p. 6

<sup>97</sup> HERSCH, P. *Participación social en salud: Espacios y actores determinantes en su impulso*. Rev. Saúde Pública do México. Vol. 34 (6). México. 1992, pp. 678 - 688

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

# PROMOÇÃO DE SAÚDE, VIDA COTIDIANA E PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

O marco teórico do presente estudo foi estruturado em conjunto com os participantes do processo investigativo. Coerente com o papel atribuído pela ciência à *pesquisa - ação - participação*, o propósito deste processo é servir de instrumento para a transformação social, centrando sua atenção em grupos sociais marginalizados.<sup>1</sup>

Assim, adquirem vigência alguns dos pressupostos que sustentam este tipo de pesquisas, entre eles o de dar menos ênfase ao denominado conhecimento científico e privilegiar o conhecimento prático ou aquele que surge da comunidade; assumir que as pessoas dessa comunidade, independentemente do nível educativo e status ocupacional, possuem um conhecimento prático e empírico que facilitou sua sobrevivência e têm explicações causais que os agentes externos aprendem e compartilham, se desejam contribuir à transformação dessas condições.

Os pressupostos que orientarão a estruturação do marco teórico estão colocados nas propostas feitas por M. Weber, citado por Minayo, para estudos sociológicos:

- Realizar uma pesquisa empírica, para fortalecer os dados apresentados nas formulações teóricas.

---

<sup>1</sup> STRONQUIST, N. *Investigación participativa un nuevo enfoque sociológico*. Rev. Colombiana de Educação. Universidade Pedagógica Nacional. Santafé de Bogotá, p. 113

- Os dados coletados derivam, de certa maneira, da vida das pessoas.
- Os atores sociais dão significados diversos ao seu ambiente social .
- Podem descobrir, explicar e justificar ações motivadas por tradições, sentimentos afetivos ou racionais.<sup>2</sup>

Além disso, no desenvolvimento das atividades investigativas, este tipo de estudos permite fazer propostas sobre temáticas da área social, tal como a da saúde, na medida em que possibilita reconhecer e aceitar que a contribuição interdisciplinar beneficia ambos os campos,<sup>3</sup> obtendo-se resultados como:

- Permitir a compreensão da realidade humana vivida socialmente.
- Propor a subjetividade como fundamento do sentido da vida social e defendê-la como sendo parte constitutiva do elemento social ou inerente à construção da objetividade nas ciências sociais.
- Trabalhar com a vivência, a experiência, a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições.<sup>4</sup>
- Proporcionar conhecimento sobre nós mesmos e sobre a sociedade na qual vivemos.
- Ajudar a vislumbrar futuros possíveis.
- Na pesquisa da vida social, conhecer atividades significativas para as pessoas.
- Ter implicações práticas: pode referir-se à avaliação de iniciativas políticas.<sup>5</sup>

É de salientar que, neste tipo de pesquisas, foram tentados diferentes caminhos em busca da participação efetiva da população, especificamente na área da saúde, baseados em pressupostos sobre a condição humana:

- A não-participação das pessoas em programas de saúde e a persistência de crenças não-científicas sobre a saúde obedecem á falta de informação adequada e, portanto, a solução se acha na transmissão de conhecimentos científicos, através de um meio prático e agradável (embalagem).

<sup>2</sup> MINAYO, Ma. Cecilia. *O desafio do conhecimento*. Hucitec - Abrasco. São Paulo. 1996, p. 51

<sup>3</sup> STRAUSS, R. CLAUSEN, J. *Health society and social science*. The annals, Vol. 346, 1988. Citado por Garcia, J.C.; *Pensamento social na América Latina*. Inter-americana, Mc Graw Hill. OPS, Washington, D.C. 1994, p.4

<sup>4</sup> MINAYO, Ma. Cecilia. *Pesquisa social. Teoria, método e criatividade*. Vozes, Petrópolis. 1997, p.24

<sup>5</sup> GIDDENS, Anthony. *Sociologia*. Alianza Editora Madrid. 1996, pp.123 - 148

- Que a pressão de conhecimentos “adequados” seja confrontada com a realidade pelo indivíduo, em processo de vaivém, dando como resultado a rejeição de crenças não-científicas.

Os pressupostos acima são discutíveis, se considerarmos que os sistemas de crenças estão ligados a fatores psicológicos e sociológicos, de tal modo que, sem a remoção destes, não é possível modificar esses sistemas.<sup>6</sup> Estes obstáculos são corrigidos mediante estudos enquadrados na sociologia da saúde, pois até hoje não foi desenvolvida uma sociologia da saúde-doença, mas sim uma sociologia da utilização da prática médica, que identificou certos pontos chave de tensão, conflitos e atritos no sistema assistencial de saúde.

Do ponto de vista sociológico, centrar-se em saúde implica em:

- Agir preventivamente, tendo como objetivo central o fato de que as pessoas se mantenham saudáveis por uma orientação ativa de capacidade e vontade, na qual a saúde é vista não como um estado, mas sim como um processo (Healthing).
- Enfatizar o papel dinâmico do sujeito, como pólo de reciprocidade ativa em face das instituições e o papel da medicina sanitária.
- Esperar um compromisso constante, focalizado na mudança de vida (com vistas à saúde), não só como parte do indivíduo, mas também como parte do sistema social e sanitário.
- Esperar que a saúde seja promovida e salvaguardada por todos os atores sociais, em primeiro lugar pelos próprios indivíduos e, em todo caso, não delegada inteiramente a lugares ou centros específicos especializados ou isolados.<sup>7</sup>

A revisão de documentação inicial e bibliográfica sobre a temática de pesquisa constituiu a base para iniciar a construção do referido marco teórico, que será enriquecido e aprofundado durante o processo investigativo. Partimos de algumas

categorias conceituais: saúde, vida cotidiana, participação, que interessam ao presente estudo e constituem os eixos no desenvolvimento da política de promoção da saúde, que, como política pública, busca afetar a vida das pessoas<sup>8</sup> e, concretamente, sua vida cotidiana. Com maior intensidade desde 1970, ela tem sido estudada e abordada a

<sup>6</sup> GARCIA, J.C. *Pensamiento social en salud en América Latina*. Marco teórico e conceitos fundamentais. Interamericana Mc Graw Hill. OPS. Washington D.C. 1994. p.5

<sup>7</sup> DONATI, Pierpaolo. *Manual de sociologia de la salud*. (Trad. Cristina Garcia) ediciones Diaz de Santos S.A. Madrid. 1994, p.18

<sup>8</sup> MILLIO, Nancy. *Políticas de salud y políticas públicas*. Cartilha de seguridade social. Faculdade Nacional de Saúde Pública Universidade de Antioquia. Centro de Estudos de Seguridade Social. OPS. Medellín. 1997, p.78

partir de diferentes ópticas, disciplinas e profissões, tais como a psicologia, a sociologia e a antropologia.

A pesquisa apoia-se também na hipótese metodológica fundamental da sociologia sanitária, na qual os conceitos saúde-doença não de entender-se como um fato social derivado das modalidades históricas, com as quais se intercomunicam o sistema social e o mundo vital ou vida cotidiana.<sup>9</sup>

No desenrolar da pesquisa, o grupo participante fixou as bases mínimas que deveriam fundamentar o trabalho investigativo e que são:

- *O ser humano é o centro de todos os processos.*
- *A mudança provoca atitudes diferentes.*
- *Para atingir as transformações que propiciarão a melhoria da nossa forma de vida, será necessária a participação de todos.*
- *Precisamos de espaços para refugiar-nos, fazer novas amizades e reformas em tudo aquilo que nos afeta no meio social em que vivemos.*
- *Deve existir fé e confiança nos indivíduos.*
- *A comunicação desempenha um papel fundamental no estabelecimento das relações e na criação de um tecido social.*

Atualmente, o interesse por esta temática cobra vigência nas ciências da saúde, devido às mudanças de paradigmas na abordagem à saúde, na modificação dos modelos de atenção e na adoção de políticas públicas saudáveis, especificamente a política de promoção da saúde, que incide diretamente na vida cotidiana dos indivíduos. Propósito que pode ser mais viável a partir do conhecimento e compreensão do outro, pois não é possível realizar ou modificar programas sociais sem considerar os interesses daqueles que são por eles afetados.<sup>10</sup>

A democratização do conhecimento implica potenciar e valorizar elementos informais do modelo social que, tradicionalmente, desempenham papel menor na cura da doença, mas são importantes na promoção da saúde. O resgate de práticas e costumes sociais que protegem e promovem a saúde requer que eles sejam identificados e reconhecidos como elementos valiosos do componente informal, o que supõe identificar

<sup>9</sup> DONATI, Pierpaolo. *Manual de sociología*, p.23

<sup>10</sup> HELLER, Agens. *Revolución de la vida cotidiana*. Barcelona. Peninsula. 1982, p.115

aspirações ou ideais da saúde da sociedade.<sup>11</sup>

Nos estudos sobre políticas sociais, as tendências são, geralmente, direcionadas à análise do processo de formulação e institucionalização. É preciso deter-se e ver, realmente, se existe ou não distância entre a formulação legal e jurídica da política, a operacionalização e o significado desta política nos diversos segmentos sociais dos níveis locais. Na relação do usuário com os serviços de saúde estão centradas as análises para conhecer como se expressam o direito à saúde e as necessidades no cotidiano das pessoas.<sup>12</sup> Estas têm sido abordadas nas diversas declarações referentes à promoção da saúde, desde Ottawa até Jacarta.

Em seu desenvolvimento, a promoção da saúde apresenta diversos riscos, cenários, temas e métodos. Os atores mais importantes são os líderes comunitários, as autoridades locais e a cidadania em geral,<sup>13</sup> agindo nos aspectos educativo, organizacional, econômico e ambiental, para apoiar comportamentos que levem à manutenção da saúde e da vida.<sup>14</sup>

Em face desta perspectiva, a promoção da saúde surge como uma estratégia de indiscutível relevância no futuro dos serviços sanitários. Várias revisões sobre o tema evidenciam que há um abismo entre a convocação da promoção da saúde e seu desenvolvimento no sistema da saúde. Portanto, para impulsioná-la, é urgentemente necessário caracterizar metodologias adequadas.<sup>15</sup>

## 2.1. Promoção da saúde

### 2.1.1. Cenários da promoção da saúde

A promoção da saúde é a nova era da saúde pública, que, como dizia o Dr. Mashler (citado por Restrepo H., 1998), significa dar o primeiro passo no lugar onde se acham os indivíduos e começar pela saúde dos mesmos. O desenvolvimento da promoção da saúde é uma reação diante do fracasso do modelo anterior, reconhecer que a saúde das pessoas é um dos recursos mais produtivos e positivos. Trata-se de um conceito que enfatiza a ação

<sup>11</sup> OPS/OMS. Crisis de salud pública, p.48

<sup>12</sup> GIOVANELLA, L. FLEURY, S. Universalidade de atenção à saúde: Acesso como categoria de análise. Em: Política de Saúde. O público e o privado. Rio de Janeiro. Fiocruz. 1996, pp.177 - 198

<sup>13</sup> Vejam-se as seguintes obras: RESTREPO, Helena. Promoción de la salud en el contexto urbano de América Latina. División de promoción e protección da saúde, Washington, D.C. Mimeografado; p.7 ; ESPINOSA, A. , FRANCO, S., e outros. La promoción de la salud, p. 6

<sup>14</sup> SAUNDERS, Ruth. What is health promotion? Health education. 1988, pp. 14 - 18

<sup>15</sup> HERSCH, Paul. Participación social en salud. p. 679

política e tem base na genuína ação comunitária.<sup>16</sup>

Ao mencionar a promoção da saúde, referimo-nos às necessidades básicas (habitação, emprego, educação), já que estes elementos condicionam o processo saúde-doença. Referimo-nos também ao desenvolvimento da capacidade de concertação política do setor saúde na busca de recursos, no desenvolvimento de novas e inovadoras estratégias, segundo os padrões culturais.<sup>17</sup>

O enfoque de promoção da saúde surge, formalmente, em 1986, tomando como base o elemento coletivo e o social:<sup>18</sup> é uma maneira de priorizar a saúde<sup>19</sup>, enquadrada num conceito unificador para os que buscam implementar uma estratégia de saúde pública, integrando a responsabilidade política e social para criar um ambiente saudável,<sup>20</sup> no qual a única meta seja viver e ser saudável.

A promoção da saúde é um conceito universalista e abstrato, fato que leva a qualificá-lo como “vago mas poderoso”.<sup>21</sup> Esta característica dá origem a qualquer tipo de construção teórica. A filosofia da promoção da saúde produz temor, porque existem diversas tendências e especulações teóricas e também um afastamento da realidade.<sup>22</sup> Esta concepção, recentemente reavaliada, abre grandes possibilidades de ação,<sup>23</sup> dados seus múltiplos significados em diversos contextos culturais e a realização efetiva das condições ambientais pessoais e sociais que possibilitam a saúde. Aparece como um campo diferente da doença, pois seu objetivo e razão de ser é a saúde.<sup>24</sup> Em sentido amplo, o conceito de promoção da saúde tem caráter histórico, pois as práticas desenvolvidas pela humanidade em diversos contextos, visando ao cuidado e manutenção da saúde, são reconhecidas como ações de promoção da saúde.<sup>25</sup>

Em cada sociedade, a evolução da bagagem de conhecimentos, atitudes e tradições,

<sup>16</sup> RESTREPO, Helena. *Información y comunicación*, p. 103

<sup>17</sup> DUARTE, Telma. *La promoción de la salud*. (Painel), II Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Santafé de Bogotá, D.C. 1992, p. 17

<sup>18</sup> Vejam-se as seguintes obras: OPS/OMS. *Crisis de la salud pública*, p. 30 e outros ESPINOSA, A. FRANCO, S. e outros. *La promoción de la salud*, p. 5

<sup>19</sup> FRANCO, Saúl e outros. *Promoción de la salud y la seguridad social*, p. 4

<sup>20</sup> OMS/OPS. *Crisis de la salud pública*, p. 38

<sup>21</sup> ANDERSON, R. *Health promotion an overview*. Technical paper. Los Angeles. CA. The University of California. 1983. Citado por López, H.L., e outro. *Promoción de la salud*, p. 7

<sup>22</sup> CATALAT, Francisco. *Gestión en los servicios de salud con enfoque de promoción de la salud*. (Painel), II Conferência Internacional de promoção da saúde. Santafé de Bogotá, 1992, p. 112

<sup>23</sup> *Ibidem*, p. 113

<sup>24</sup> FRANCO, Saúl e outros. *Promoción de la salud*, p. 5

<sup>25</sup> *Ibidem*, p. 4



crenças e práticas de saúde tem relação com o contexto político e social.<sup>26</sup> Nas culturas hebréia, egípcia, grega e romana, destacaram-se, nos sistemas de saúde, alguns elementos que buscavam o cuidado e a manutenção da saúde da população. Hoje, estes fatos adquirem vigência no contexto das políticas de promoção da saúde, demonstrando que, ao longo da sua história, a meta do homem é ser e estar saudável.

Na evolução da idéia da promoção da saúde houve uma série de rupturas e transformações, dadas pela evolução dos conceitos saúde-doença, mudanças nos modelos de prestação de serviços de saúde, originados pela implementação do modelo flexneriano, preocupações pela medicina do trabalho e saneamento ambiental, seguridade social para atender a doença e proteção sócio-sanitária a grupos populacionais vulneráveis. Na época do pós-guerra, os modelos de atenção foram concebidos para fortalecer o padrão clínico-técnico, apoiado pelo processo de industrialização.

É importante assinalar algumas ações de saúde pública realizadas a partir da metade do século XIX na Grã Bretanha, quando foi nomeado um comitê para estudar as circunstâncias que afetavam a saúde dos habitantes. O comitê publicou, em 1840, um relatório: o informe Chadwick, intitulado *Informe geral sobre as condições sanitárias da população da Grã Bretanha*, afirmava existir uma estreita relação entre a saúde, a pobreza e as condições de vida. Algumas das suas recomendações guardam semelhança com ações hoje consideradas de promoção da saúde e contempladas no atual Plano de Atenção Básica (PAB), tais como os sistemas de esgoto e drenagem, o estabelecimento da coleta de lixo, a organização do fornecimento de água e a criação de conselhos gerais de saúde. Estas ações serviram de base para promover, no movimento sanitaria do país, a *Lei de Saúde Pública*, que contemplava ações identificadas como de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. Instituiu também os Conselhos Locais de Saúde. Com a promulgação destas normas, evidencia-se uma crescente intervenção do Estado central na definição de políticas e no manejo dos problemas de saúde da comunidade, sob o conceito de “busca do bem comum”.

Neste campo, são importantes na França os estudos de Luis R. Villermé. Os conceitos de Ann F. La Berge recuperam, para os franceses, a criação da definição moderna de saúde pública, pois incluíam, no objeto de trabalho, amplos conceitos relativos ao bem-estar humano, baseados no direito natural à saúde e na responsabilidade de

---

<sup>26</sup> OMS/OPS. *Crisis de la salud pública*, p. 6

proteger a saúde dos cidadãos, que cabe ao Estado.<sup>27</sup>

Na Alemanha, com S. Newmann e Rudolph Virchow, avançou-se na concepção de saúde pública, ao assumir que as condições sociais e econômicas pesavam notavelmente na saúde da população, elementos que, sem dúvida, contribuíram para o desenvolvimento do conceito da promoção da saúde. Além disso, os grandes temas e discussões atuais sobre a saúde pública, mantêm uma linha de vinculação teórica com as circunstâncias e debates que a sociedade europeia e, especialmente, a britânica, enfrentavam no século XIX.<sup>28</sup>

No século XX, já na década de 40, Henry Sigerist expressou que a saúde não é, portanto, uma simples ausência de doença. Ela contém algo mais que uma atitude prazerosa diante da vida e uma aceitação jovial das responsabilidades que a vida vai atribuindo ao indivíduo.<sup>29</sup> Em 1945, usou pela primeira vez o termo “promoção da saúde” como uma das tarefas da medicina, considerando que a saúde era promovida quando havia um nível de vida decente, boas condições de trabalho, educação, descanso e recreação, visualizando, desde esse momento, a dimensão da intersectorialidade.

O informe Lalonde, realizado em 1974 no Canadá, analisa a problemática de saúde, assinalando a promoção da saúde ligada aos estilos de vida como a estratégia fundamental para a manutenção da saúde. Propõe um conjunto de ações, baseado na realidade, para melhorar a saúde dos canadenses, utilizando categorias, biologia humana, meio ambiente e estilos de vida. Esta abordagem é um marco para a ação em saúde, que ultrapassa os serviços sanitários e inclui todos os setores sociais envolvidos na manutenção da saúde.<sup>30</sup>

A partir das idéias de Lalonde e Blum, Carol Buck pretende desenvolver uma teoria centrada nos componentes sociais, que não haviam sido contemplados em outros modelos. Indica que há uma série de fatores que constituem graves obstáculos para a saúde, entre eles os seguintes:

- Falta de solução das necessidades básicas das comunidades. Inclui alimentação

<sup>27</sup> LE BERGE, A. *The early nineteenth century french public health movement: The disciplinary development and institucionalization of hygiene publique*. Em *Bud. Hist. Med.* 1984:58. Citado por: Cardona Alvaro, 150 anos da 1a. Lei de saúde pública no mundo. *Rev. Faculdade Nacional de Saúde Pública*. Vol. 16 (2). Universidade de Antioquia. Medellin, 1999, p. 79

<sup>28</sup> CARDONA, Alvaro. 150 años de la 1a. Ley de salud pública en el mundo. *Rev. Faculdade Nacional de Saúde Pública*. Vol. 16 (2). Universidade de Antioquia. Medellin. 1999, p.80

<sup>29</sup> SIGERIST, Henry. *Medicine and human welfare*. New Haven. Yale University, 1941. Citado por Duarte N.E.H.E. Sigerist: pioneiro da história social da medicina e a sociologia médica. *Educação médica e saúde*. Vol. 26 (1) 1992, pp. 70- 81

<sup>30</sup> LOPEZ, L. ARANDA, J. *La promoción de la salud un nuevo enfoque de la salud pública*. Escola Andaluza de saúde pública. Junta de Andaluzia. Granada, 1994, p. 10

inadequada, má qualidade do transporte, ausência de recreação e o modo pelo qual a urbanização industrializada nos privou de usufruir a beleza e a ausência dos estímulos.

- O isolamento, a alienação da marginalidade.
- A pobreza.<sup>31</sup>

Nas décadas 70-80 desenvolveram-se na América Latina processos econômicos e políticos para implementar políticas de ajuste e enfrentar as crises sócioeconômicas, com resultados pouco animadores para a saúde.

Em resposta a esta situação, houve uma série de contribuições dadas por movimentos sociais que geraram novas idéias . Os grupos que com maior força acolheram o conceito positivo da saúde e o identificaram com *qualidade de vida/bem-estar* não foram os profissionais sanitários, mas sim os denominados “movimentos sociais radicais”, que se desenvolveram mais intensamente na Europa central e do norte. Foram protagonistas os movimentos feministas, aos quais se acrescentaram grupos que discutiam sobre a importância da auto-assistência culturalmente enraizada.<sup>32</sup>

Estes fatos, entre outros, motivaram a realização de ações e conferências como as de Alma Ata (1978), na qual foram formuladas propostas conceituais e determinadas estratégias e políticas a serem adaptadas pelos governos. O propósito era contribuir a melhoria da saúde das comunidades e diminuir as desigualdades através da estratégia de *Atenção Primária*. A meta de *Saúde para Todos no ano 2000* tinha objetivo eminentemente social; não se tratava de um slogan, mas sim de uma resposta social e política a um problema social e político de dimensão mundial.<sup>33</sup>

As manifestações e compromissos assumidos pelos governos na promulgação da Carta de Ottawa, produto dos debates entre representantes de mais de 30 países desenvolvidos e em via de desenvolvimento, definem a promoção da saúde como “o processo que proporciona às populações os meios necessários para oferecer maior controle sobre sua própria saúde e poder assim melhorá-la” (Ottawa 86).

Assinala, por sua vez, que a promoção da saúde realiza-se incidindo sobre campos

<sup>31</sup> BUCK, Carol. Después de Lalonde hacia la generación de la salud. Boletim epidemiológico, Vol. 7 (2) OPS/OMS, 1986, pp. 10 - 15.

<sup>32</sup> LOPEZ, Luis. ARANDA, José. Promoción de la salud, p. 10

específicos, tais como o desenvolvimento de políticas saudáveis, que respondem ao caráter de multissetorialidade. Refere-se concretamente às decisões políticas gerais de qualquer setor do governo e em qualquer nível, caracterizadas no interesse explícito pela saúde e a equidade.<sup>34</sup> Muitas das políticas de diversos setores (educação, saúde, transporte, emprego) nos níveis nacional, regional e local, têm inegável incidência sobre a saúde da população. Os princípios dados na *Carta de Ottawa* foram sendo progressivamente desenvolvidos nos diversos cenários onde a promoção da saúde é protagonista essencial.

A Conferência de Adelaide (1988) desenrolou-se ao redor de políticas públicas saudáveis. Uma das propostas mais importantes consiste em retomar a concepção da saúde como um direito humano fundamental, exposta em Alma Ata, e de justiça humana, aspecto desafiante/inovador para os países que acolheram tais recomendações<sup>35</sup> Assinala, por sua vez, que a meta dessas políticas é a criação de ambientes que propiciem levar à população uma vida sã, na qual as opções saudáveis sejam possíveis e fáceis. Esta meta pode materializar-se através de três objetivos:

- Diminuir as distâncias entre os diversos grupos sociais, facilitando o acesso a rendas, bens, serviços e oportunidades adequadas, que possam melhorar a qualidade de vida dos grupos menos favorecidos.
- Ampliar a oferta de bens e serviços saudáveis e criar ambientes favorecedores para a saúde humana, protegendo-a contra os riscos físicos, químicos e biológicos.
- Estabelecer as condições sociais adequadas para melhorar a qualidade de vida.<sup>36</sup>

Os processos de operacionalização das políticas saudáveis exigem o cumprimento dos seguintes requisitos:

- O processo de tomada de decisões direciona-se de baixo para cima, como um esforço para gerar um diálogo autêntico entre o setor saúde e outros setores.
- Trabalhar com critério intersetorial.

---

<sup>33</sup> TEJADA, de R. David. *Salud pública y APS una evaluación crítica*. Em: *Crisis de la salud públicas: reflexiones para el debate*. Publicação científica. 540 OMS/OPS. Washington, D.C., 1992, p.173

<sup>34</sup> Who international conference on health promotion. *Healthy public policy: strategied for action*. Adelaide: commonwealth department of community services health. Australia. 1988. Citada por López, L. e ARANDA, J. *Promoção da saúde*, p. 12

<sup>35</sup> DORNELLES, Alves. Elioenai, e outros. *Perspectiva histórica e conceitual da promoção da saúde*. Rev. Cogitare enfermagem, Vol. 1 (2) Curitiba. 1996, p. 2

<sup>36</sup> LOPEZ, L. ARANDA, J. *La promoción de la salud*, p. 13

- Fazem referência às decisões políticas no setor público.
- Devem manejar um conceito positivo de saúde (bem-estar).
- A participação comunitária está voltada à defesa dos benefícios da saúde, ou seja, é eminentemente colaboradora e fortalecedora.<sup>37</sup>

A Declaração de Santafé de Bogotá (1992) delinea a exigência da promoção da saúde em novas agendas de trabalho, em diversos níveis e vários processos, nos quais são necessárias uma forte decisão política e criação e fortalecimento de novas formas de comunicação com a população. A preocupação central desta declaração pode ser assim resumida: **Como converter a promoção da saúde em política pública e em objetivo e meta da vida cotidiana de Bogotá e de cada um dos seus cidadãos, organismos e instituições?** Aspecto complexo, que requer diversas abordagens e visões.<sup>38</sup>

A Conferência do Caribe (1993) e a Declaração de Jacarta (1997) oferecem diversas contribuições, considerando a promoção da saúde como “um processo de capacitação da comunidade para atuar no melhoramento da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo”. Outro aporte refere-se ao reconhecimento dos nove pré-requisitos que constituem a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Os citados elementos constituem, sem dúvida, o direcionamento para a realização de ações tendentes à defesa da vida, que compreende contextos da vida com dignidade. Ou seja, com:

- Satisfação das necessidades básicas.
- Acesso a oportunidades.
- Serviços socialmente construídos.

A garantia das anteriores condições é, possivelmente, a essência da assim denominada Qualidade de Vida.<sup>39</sup>

A Declaração de Jacarta foi visionária e determinou as cinco prioridades da Promoção da Saúde no século XXI:

<sup>37</sup> LABONTE, Ronald. *Políticas públicas saludables*. (Palestra), II Conferência Internacional de Promoção da saúde. Santafé de Bogotá, Ministério da Saúde/OPS. 1992, p. 48

<sup>38</sup> ESPINOSA, A. FRANCO, S. *La promoción de la salud*, p. 9

<sup>39</sup> *Ibidem*, p. 10

- Promover a responsabilidade pela saúde.
- Aumentar os investimentos para o desenvolvimento da saúde.
- Consolidar e expandir novas alianças para a saúde.
- Aumentar a capacidade da comunidade e criar poder nos indivíduos.
- Assegurar a infraestrutura da promoção da saúde.<sup>40</sup>

O desenvolvimento das prioridades acima exige, para quem trabalha nos diversos campos da promoção da saúde, novas visões, estratégias, estilos de trabalho. Aspectos de grande complexidade, mas não inatingíveis, pois o maior desafio é encontrar a forma de operacionalizar suas diversas estratégias, que são complementares.<sup>41</sup> Os cenários anteriormente enunciados contribuem à consecução da saúde para todos no ano 2000 e a assinalar modelos de ação para consolidar a prática da promoção da saúde como política de saúde, considerando suas dimensões sociais, culturais e políticas no contexto do seu desenvolvimento.

A partir de 1990, as mudanças introduzidas no estado colombiano inscrevem-se no conjunto de transformações institucionais desencadeadas pelo governo e por agrupações, sob o auspício de doutrinas econômicas e sociais tendentes a reduzir o dinamismo da intervenção do estado sobre a orientação da economia e a alocação de recursos. No caso da saúde, no entanto, optou por permitir que as forças do mercado sejam as que alcancem o equilíbrio e resolvam eficientemente os problemas confrontados.<sup>42</sup>

A partir desse ano, as transformações do sistema de saúde na Colômbia orientaram-se a um modelo baseado na promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigido por novos paradigmas sobre os conceitos de saúde-doença, para contribuir à evolução dos serviços de saúde, a mudanças nas condições da saúde das comunidades e ao exercício da prática social dos profissionais da saúde.

A abertura desses novos parâmetros, nos quais a saúde é vista sob uma dimensão social dinâmica, articulada a processos culturais, econômicos, políticos e ideológicos,<sup>43</sup>

---

<sup>40</sup> Ibidem, p. 9

<sup>41</sup> PAGANINI, José. *La salud desde los SILOS*. II Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde. OPS, Santafé de Bogotá, 1992, p. 29

<sup>42</sup> COLOMBIA. Departamento Nacional de Planejamento. *La Revolución Pacífica*. Plano de desenvolvimento econômico e social 90-94. Santafé de Bogotá, 1991.

<sup>43</sup> Vejam-se as seguintes obras: LAURELL, a. Cristina. *Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad*. Em: *O biológico e o social*. Série de desenvolvimento de recursos humanos. No. 101. OPS/OMS.

contribui indubitavelmente para a consolidação da promoção da saúde, na qual o homem é entendido como ser integral, centro dos processos sociais e políticos, sujeito e objeto na transformação da realidade e do resgate da saúde, constituindo esta uma necessidade social e elemento essencial da vida cotidiana.<sup>44</sup> Este é o espaço onde se conciliam a satisfação das necessidades humanas e as possibilidades de saúde das comunidades.

Como política social, a promoção da saúde constitui uma alternativa para a crise da dimensão social dos modelos de intervenção.<sup>45</sup> Implica reconhecer a saúde das pessoas como recurso produtivo e positivo, ou seja, uma visão ampla como bem social e como conceito coletivo, enfatizando a ação política e comunitária autêntica.

Sua construção exige então conhecer os motivos de preocupação das pessoas, para avaliar se compreendem a natureza do problema. O que é que preocupa os cidadãos deste país, região ou localidade? Dado que os indivíduos têm preocupações muito específicas no campo da saúde, é necessário estabelecer esta relação para compreender os estreitos laços existentes entre a saúde e outras preocupações.<sup>46</sup> Para garantir o sucesso das políticas e programas que tendem à criação de comunidades saudáveis, é preciso analisar os ideais dos indivíduos, para responder com inovações eficientes e efetivas, que sustentem a saúde e a vida. É preciso ir além do auto-cuidado e da educação em saúde. A consecução da participação democrática, a resposta comunitária e de grupos sociais organizados e organizações de apoio social contribuem para que a promoção da saúde seja o centro de atenção da saúde pública.<sup>47</sup>

Um dos princípios fundamentais da promoção da saúde é atingir a população no contexto da sua vida diária, isto é, em sua vida cotidiana, âmbito por excelência para a institucionalização e naturalização dos problemas, onde a saúde é criada e vivida pelos indivíduos. Exige conceber a promoção da saúde como um esforço coletivo, que pretende elevar a saúde e a vida humana a um plano de dignidade, ao primeiro plano da preocupação coletiva, do esforço e da decisão política, da criação artística e cultural da

---

Washington, D.C., 1994, p. 2 ; SAN MARTIN, H. PASTOR, V. *Economía de la salud*. Inter-americana. Mc Graw Hill. Madri 1989, p 7 ; BREILH, J. *Las ciencias de la salud pública en la construcción de una prevención profunda: "Determinates y proyecciones"*. Em: O biológico e o social. Série de Desenvolvimento de recursos humanos. No. 101. OPS/OMS. Washington, D.C. 1994, p. 76 ; MELEIS, A. *Ser e tornar-se saudável: O âmago do conhecimento de enfermagem*. Em: *Texto & Contexto Enfermagem*. Vol. 1 (2) Florianópolis, 1992, pp. 36 - 55

<sup>44</sup> EPP. Jake. *Lograr la salud para todos*, p. 26

<sup>45</sup> LOPEZ, Luis. ARANDA, José. *Promoción de la salud*, p.17

<sup>46</sup> BUCK, Carol. *Después de Laionde*, p. 17

<sup>47</sup> RICO, Jesús. *Neoliberalismo*, p. 33

vida cotidiana, isto é, em diversos cenários e níveis nos quais ocorre e se realiza a vida.<sup>48</sup> Portanto, é preciso identificar os mecanismos para localizá-la e contextualizá-la diretamente nos espaços onde acontece a vida.

### 2.1.2. Dimensões da promoção da saúde

Desenvolver as dimensões da promoção da saúde implica visualizar, num dado momento, o significado da promoção da saúde, tentando superar as reduções que a enquadram, circunscrevem e limitam tão somente a atividades de prevenção e autocuidado. É preciso associá-la a diversos atores sociais e institucionais, à mobilização e ao esforço para obter recursos. Há de ser contemplada como um veículo para o reencontro e a reconciliação do homem com a natureza. Além disso, a promoção da saúde determina também as melhores formas de sensibilizar, conscientizar e educar para construir uma cultura da saúde avançada em valores e práticas saudáveis.<sup>49</sup>

No desenvolvimento das dimensões políticas, culturais e éticas da promoção da saúde, é preciso partir da sua construção como um esforço social e coletivo.<sup>50</sup> Deve ser criada e vivida pelo indivíduo no marco da sua vida cotidiana, como um conceito positivo que destaca recursos sociais e pessoais, assim como as capacidades físicas e mentais, nas quais a saúde depende de aspectos como educação, alimentação, habitação, rendas, paz e serviços públicos.<sup>51</sup>

Como ponto de partida, a dimensão cultural presume a existência de um conjunto de saberes e práticas diferentes, nas quais transcorre o cotidiano das pessoas e que apresenta oportunidades e ameaças. Uma das tarefas da promoção da saúde é a realização de atividades que levem a uma transformação cultural favorável à saúde, porque os processos saúde-doença são uma expressão da cultura, uma relação dos seres humanos com a natureza, a forma em que as sociedades distribuem seus recursos e as pessoas se relacionam entre si.<sup>52</sup>

A promoção da saúde possibilita processos geradores de visões, ideais de saúde e de vontade coletiva. Leva-nos ao âmbito da cultura da saúde (sua finalidade última), pensada

<sup>48</sup> FRANCO, Saúl. e outros. .La promoción de la salud, p.8

<sup>49</sup> DE ROUX, Gustavo. Instalación II Conferencia Internacional, p.2

<sup>50</sup> RESTREPO, Helena. Información y comunicación, p.101

<sup>51</sup> COLOMBIA. Ministério da Saúde/OPS. Municipios saludables, p 3.

<sup>52</sup> ALVAREZ, L.S. La salud en el plan de desarrollo, pp. 93 - 101



como um conjunto de modos, idéias, crenças, valores, atitudes, relações, estilos, instituições, saberes e tecnologias, que permitem aos seres humanos e à comunidade não só sobreviver, como também viver com dignidade.<sup>53</sup>

Pressupõe modificar as condições de vida, propiciando a concretização de potencialidades, a satisfação das necessidades e o acesso a oportunidades sociais, políticas e economicamente pertinentes aos contextos e atores que participam nesse processo, em busca da equidade.<sup>54</sup> Posto que as aspirações de saúde da sociedade estão, aparentemente, inexploradas para a promoção da saúde, a dificuldade é começar com a própria definição de saúde e o estabelecimento da sua natureza e tipos de ações de promoção.

A promoção da saúde não é um pacote único e homogêneo de medidas. Requer especificidade de acordo aos ideais de saúde, estabelecendo a natureza das ações, ou seja, definindo o **quê** com respeito ao **como**.<sup>55</sup> Hão de explorar-se alternativas adequadas a partir das nossas peculiaridades e dinâmicas sociais.<sup>56</sup>

Portanto, cabe-nos realizar esforços para estruturar a cultura da saúde como saber social, isto é, um conjunto de conhecimentos, práticas, habilidades e procedimentos, valores, símbolos, ritos e sentidos considerados necessários para viver, sobreviver, conviver e projetar-nos.<sup>57</sup>

A dimensão política da promoção da saúde tem dois aspectos. O nível macro refere-se aos processos de tomada de decisões centralizadas e concentradas, hierarquizadas nos níveis dirigentes do sistema de seguridade social. O nível micro manifesta-se no cotidiano, onde se expressam as crenças, atitudes, lógicas, desejos e comportamentos dos indivíduos que compartilham este espaço, imprimindo-lhe o caráter heterogêneo. A ação política dos indivíduos na sociedade só pode ocorrer quando há contato com o mundo do cotidiano, onde os homens expressam e vivem a verdadeira autenticidade.<sup>58</sup>

Ao analisar as políticas de saúde do ponto de vista da acessibilidade, contaremos com uma visão abrangente, unindo a relação econômica oferta-demanda, a dimensão técnica direcionada ao planejamento e organização de serviços de saúde e a dimensão

---

<sup>53</sup> ROZENTAL, Manuel. *La promoción de la salud*, p. 6

<sup>54</sup> *Ibidem*, p. 6

<sup>55</sup> OMS/OPS. *Crisis de la salud pública*, p. 41

<sup>56</sup> ROZENTAL, Manuel. *La promoción de la salud*, p. 3

<sup>57</sup> COLÔMBIA. Ministério da Saúde/OPS. *Municipios Saludables*, p.12

<sup>58</sup> GOULART, FLAVIO. *Representações sociais. Ação política e cidadania*. Cadernos de saúde pública. Rio de Janeiro, 9 (4) 1993, pp. 477 - 485

política relativa à consciência sanitária e organização popular.<sup>59</sup>

Devem ser consideradas as múltiplas formas em que as políticas públicas dependem das decisões responsáveis pelo nível de estilos de vida. O Estado será incapaz de prover cuidados sanitários adequados se os cidadãos não agirem responsabilmente em relação à sua própria saúde. Se os cidadãos não aceitarem sua cota de responsabilidade, o Estado não poderá satisfazer as demandas das crianças, dos idosos, dos deficientes.<sup>60</sup>

O desenvolvimento desta dimensão contribui à construção de cidadania, conceito ligado, por um lado, à idéia de direitos individuais e, pelo outro, ao vínculo com uma comunidade em especial. Ou como um direito a ter direitos, já que uma cidadania plena requer direitos sociais,<sup>61</sup> entre os quais está o da saúde, entendida não só como um direito humano e sociopolítico<sup>62</sup>, permitindo a participação e representação dos cidadãos na decisões referentes à sua saúde, mas também como um desafio para articular a vida cotidiana com a vida pública.<sup>63</sup> A cidadania como fenômeno social concretiza-se no cotidiano.<sup>64</sup> A saúde é um direito social de uma população, cuja própria ação e dinâmica possibilitam o reconhecimento e a eficácia desse direito. Isto significa viver a vida. Além de ser uma questão natural, é uma demanda de respeito a esse direito, no sentido de não sofrer a vida, mas vivê-la<sup>65</sup> e decidir sobre ela.<sup>66</sup>

A participação política amplia a mente dos indivíduos, familiariza-os com interesses que se acham além das suas circunstâncias particulares e ambiente pessoal e incentiva-os a reconhecerem que os assuntos públicos são o objeto central da sua atenção (Oldfield.90). A política está situada no âmbito das atividades da vida cotidiana. Produzem-se aí os processos de integração social, como práticas resolvidas sem elaboração teórica, segundo as circunstâncias enfrentadas em conjunto.<sup>67</sup>

Para Hegel, a ação política envolve o cidadão que trabalha, tem uma profissão

<sup>59</sup> GIOVANELLA, Ligia. FLEURY, Soni. *Universalidade da atenção à saúde*, pp. 177 - 198

<sup>60</sup> KYMLICKA, Will & OUTRO. *O retorno do cidadão. Uma revisão da produção recente em teoria de cidadania*. Política (3) Paidós, Barcelona. 1997, p. 14

<sup>61</sup> *Ibidem*, p. 14

<sup>62</sup> SAN MARTIN, Hernán. *Crisis mundial de la salud. Problemas actuales de planificación*. Madri. Ciência. 1984, p. 277

<sup>63</sup> OCHOA, Doris. *La participación social en la reforma de la seguridad social*. Universalidade da saúde. Santafé de Bogotá., 1994, p. 59

<sup>64</sup> SPINK, Mary J. *A cidadania em construção. Uma reflexão transdisciplinar*. Cortez Editora, São Paulo. 1994, p. 9

<sup>65</sup> GRATEROL, Martin. *Epistemologia de Karl Popper*, em *Paradigmas y creación de conocimiento en naciones neocoloniales*. Universidade de Carabobo. Editorial Tropycos. 1996, P. 138

<sup>66</sup> SAN MARTIN, J. *El sentido de la filosofía dei hombre*. Editorial Anthropos. Editorial do homem. Espanha. 1988, p. 85

socialmente reconhecida, pertence a uma família, mantém relações com os demais. Do mesmo modo, o privilégio da cidadania expressa-se quando o cidadão exerce e faz valer seus direitos nas circunstâncias normais da sua vida, isto é, no cotidiano.<sup>68</sup>

O protagonismo dos indivíduos e das populações na manutenção da saúde não pode significar uma simples transferência de problemas e responsabilidades, sem que se lhes seja oferecida, simultaneamente, a possibilidade de participação na tomada de decisões. O exercício dos direitos e deveres, por parte da população e dos indivíduos, é fundamental para o sucesso e consolidação da prestação de serviços de saúde. O desenvolvimento da política de promoção inclui:

- Assumir e desenvolver comportamentos saudáveis.
- Consolidar comportamentos sustentados na solidariedade e justiça.
- Desenvolver modalidades de controle social.<sup>69</sup>

A proposta de universalização do acesso a todos os níveis de atenção à saúde encarna um desenho histórico da cidadania regulada e sua expressão na política sanitária.<sup>70</sup> A promoção da saúde constitui a promoção da civilidade, a participação, a democracia, a solução civilizada de conflitos, a revalorização do conteúdo e da prática da inter-relação humana<sup>71</sup> e o novo significado da vida cotidiana. Estes aspectos podem ser concretizados através de pactos de saúde, que se consolidam na construção de cidadania e no desenvolvimento da capacidade cidadã para realizar seus interesses através do diálogo e da concertação, com o ânimo de superar as condições de desigualdade.

### 2.1.3 - Sistema colombiano de seguridade social

Na Colômbia, a partir da década de 40, foram desenvolvidos três subsetores de atenção aos problemas da saúde: *o da seguridade social*, representado pelo Instituto dos Seguros Sociais e das Caixas de Previdência Social, abrangendo trabalhadores do setor formal que têm vínculo empregatício com empresas públicas ou privadas. O *privado*, para

<sup>67</sup> TESTA, Mario. *Salud pública: acerca de su sentido y significado*. Em Crise da saúde pública. Publicação científica, no. 540. OPS/OMS, Washington, D.C, p. 221

<sup>68</sup> CORDUA, Carla. *Hegel y la participación política*. Revista Ideas y valores, No. 10, Universidade Nacional da Colômbia. Santafé de Bogotá. 1996, p. 23

<sup>69</sup> OMS/OPS. *Crisis de la salud pública*, p. 48

<sup>70</sup> COSTA, Nilson. *Políticas públicas, direitos e interesses. Reforma sanitária e organização sindical no Brasil*. Em: Eibenschutz, C. (Coord.) *Política de saúde: O Público e o Privado*. Rio de Janeiro. Fiocruz. 1996, p.345 -362

<sup>71</sup> DE ROUX, Gustavo. *Instalación. II Conferencia internacional promoción de la salud*, p. 2

aqueles que podem assumir o custo dos serviços. O *oficial ou de assistência pública*, para as pessoas incapazes de ter acesso aos serviços. Este, por sua vez, cumpria as ações denominadas de saúde pública. O citado modelo, estruturado na concepção biologicista da saúde e o conhecimento científico, é o suporte de um estado benfeitor.<sup>72</sup>

A reforma de 1968 dá início à modernização do Estado, garantindo à evolução dos programas governamentais um campo mais expedito e a abertura de uma perspectiva futura mais ampla para os propósitos nacionais, pressupondo o reordenamento de cada um dos setores do estado.

A criação do Sistema Nacional de Saúde, em 1975, baseou-se em três aspectos fundamentais:

- Maior desenvolvimento do sistema através do fortalecimento administrativo do Ministério da Saúde, como órgão superior de execução.
- Melhor funcionamento do sistema, através da compactação estabelecida pelos três níveis e a reorganização dos níveis locais e seccionais, para o cumprimento estrito de uma política nacional de saúde.
- Fortalecimento do sistema pela incorporação de organismos executores de políticas de saúde, mas que, por sua autonomia intra-setorial e extra-setorial, duplicam esforços e malgastam recursos.<sup>73</sup>

Com essa reforma, foi alcançada a definição conceitual, legal, administrativa, técnica e estrutural de um conjunto de esforços, que, até aquele momento, achavam-se dispersos. Orientou os campos aos quais deviam dirigir-se as ações supridoras das deficiências que obstaculizavam seu desenvolvimento e eficiência na prestação de serviços. Diferenciou a atenção às pessoas e ao meio ambiente. Determinou que os indivíduos fossem atendidos escalonadamente, segundo níveis de atenção e de complexidade, articulados entre si por um sistema de referência e contra-referência.

Entre as controvérsias suscitadas pelo Sistema, enunciemos as seguintes:

- Desenvolvimento de uma cultura setorial da saúde, que deixou os agentes institucionais das unidades de prestação de serviços sem espaço decisório e de compromisso efetivo para superar os principais problemas das autoridades

---

<sup>72</sup> ESPINOSA, A. e outros. *La promoción de la salud*, p. 27

territoriais.

- Atuações na contramão do discurso que priorizava a *atenção primária*. Destinava 90% dos recursos humanos e financeiros às atividades curativas e mais da metade desses recursos ao segundo e terceiro níveis,<sup>74</sup> debilitando consideravelmente o primeiro nível de atenção.
- A ênfase centralista no planejamento e gestão determinou o crescimento excessivo dos serviços de saúde.
- Foi fortalecida a “cultura hospitalar”, que privilegiou o tratamento da doença e a utilização de alta tecnologia.
- Não foi resolvida a indefinição jurídica de mais de 40% de hospitais de origem privada com financiamento público. Criou um divórcio entre os responsáveis pelo cumprimento dos objetivos e os responsáveis pela gestão de recursos, impedindo na base o desenvolvimento do gerenciamento institucional.
- O projeto organizativo do sistema foi realizado com base nos hospitais locais e as unidades regionais, ignorando os municípios como unidades geográficas básicas da organização político-jurídica, impedindo assim o desenvolvimento de políticas intersetoriais e processos de concertação com as comunidades.<sup>75</sup>

Entre 1990 e 1993, algumas reformas no sistema assentaram as bases para redesenhar um novo modelo de saúde. Promulgou-se a lei 10 de 1990, segundo a qual foi reorganizado o Sistema Nacional de Saúde e lei inovadora nos seguintes aspectos:

- A saúde e a doença acham-se determinadas por elementos multifatoriais e multissetoriais.
- O novo modelo de saúde apoiou-se nos processos de descentralização. O município constituiu o espaço referencial dos denominados Sistemas Locais de Saúde (SILOS), cujo diretor era o prefeito.
- Foram dispostos espaços locais como cenários propícios para a concertação das comunidades.

---

<sup>73</sup> COLÔMBIA, Ministério da Saúde. *Reorganización dei Sistema Nacional de Salud*. Bogotá. 1973, p. 19

<sup>74</sup> JARAMILLO, Iván. *Las reformas del sistema de salud y la seguridad social en salud*. (Palestra) II Foro de saúde comunitária. Fundação Santafé de Bogotá. Fundação Corona. Santafé de Bogotá, D.C. 1994, p. 39

<sup>75</sup> *Ibidem*, p. 40

- Fortaleceu-se a prevenção da doença e primeiro nível de atenção, por meio do aumento de recursos ordenado pela Lei 60 de 1993.

Referindo-se ao modelo de saúde, o artigo 49 da Constituição de 1991 determinou: *“Os serviços de saúde organizar-se-ão de maneira descentralizada, por níveis de atenção e com participação da comunidade”*. O artigo 48 concebeu a seguridade social como um serviço público de caráter obrigatório. Com o propósito de regulamentar a Constituição em matéria de saúde foi expedida a Lei 100 de 1993, criando o Sistema Integral de Seguridade Social. No contexto da legislação de seguridade social, modificou-se o significado da saúde. Foi considerada um “valor social”, definido nos processos de socialização dos indivíduos, em famílias e como direito fundamental nas constituições de diversos países.<sup>76</sup>

Não é possível mencionar a saúde como um direito absoluto concedido e outorgado, pelo qual são responsáveis indivíduos, profissionais e serviços de saúde. Neste processo, torna-se necessária a participação ativa da comunidade. É portanto uma construção coletiva, na qual existem deveres e direitos<sup>77</sup> e a promoção da saúde, sendo o eixo fundamental das políticas de saúde pública, desempenha um papel principal.

Para determinar o lugar ocupado pela promoção da saúde no Sistema de Seguridade Social, é indispensável compreender a concepção estrutural e organizacional do novo sistema. O primeiro elemento estrutural é o novo papel do Estado face ao direito da saúde<sup>78</sup>, claramente institucionalizado na Constituição de 1991, embora, desde 1948, na Declaração Internacional dos Direitos Humanos, os diversos Estados tenham reconhecido os direitos econômicos, sociais e culturais, com o fim de garanti-los para os cidadãos.

Como direito social, a saúde pressupõe também a participação dinâmica da população, na consecução do reconhecimento efetivo desse direito, devido a:

- O direito da saúde é mais do que a democratização do consumo de assistência médica.
- O usuário/comunidade é, ao mesmo tempo, um sujeito democrático.
- Procurar criar uma nova cultura político/democrática, que, ao democratizar as

<sup>76</sup> RICO, Jesús. *Neoliberalismo*, p. 31

<sup>77</sup> YEPES, Antonio. *El derecho a la salud: La necesidad de repensar los derechos sociales*. Rev. Facultad Nacional de Saúde Pública. Vol. 17 (1) Universidade de Antioquia. Medellín. 1999, p. 26

<sup>78</sup> ESPINOSA, A., FRANCO, S. e outro. *La promoción de la salud*, p.27

decisões, aponta à alteridade.<sup>79</sup>

Os elementos que estruturam o novo papel do Estado impõem as bases nas quais se fundamenta o Sistema de Seguridade, como um mercado regulado de poupança individual, no qual a estratégia de asseguramento universal pretende cobrir as contingências econômicas (aposentadorias) e a atenção à doença (saúde) e são as seguintes:

- Delegar a prestação de serviços a um mercado de serviços regulado, no qual concorrem as instituições privadas e públicas. Estas últimas devem adaptar-se à nova situação de concorrência.
- Separar a administração de recursos da prestação de serviços, criando um sistema único de seguros e poupança universal.
- Obrigar o Estado a prestar serviços básicos e implementar as medidas de saúde pública nas doenças que afligem grandes setores da sociedade e a criar um subsídio para a população de pobreza extrema, assegurando sua entrada ao mercado de serviços (Subsídio à demanda).<sup>80</sup>

Na prática, subsidiar a demanda consiste em pagar somente pelo serviço prestado; atualmente é fornecida às ARS (Administradoras de Regime Subsidiado) a quantia por cada indivíduo reportado (embora este ignore seus direitos, ou seja, não demande) e não por um serviço realmente prestado. Neste caso, não se configura um subsídio à demanda de saúde dos pobres, mas sim um conhecimento do setor privado.<sup>81</sup>

As características fundamentais do novo sistema são:

- Foram definidas as instâncias e mecanismos de controle para o funcionamento eficiente do sistema, baseados nos princípios de universalidade, qualidade, equidade, eficiência, oportunidade, integralidade, participação social e descentralização.
- A direção geral do Sistema acha-se no poder executivo: Ministérios da Saúde, Trabalho e Seguridade Social. São criados os Conselhos de Seguridade Social como âmbitos de concertação com os atores do sistema.

<sup>79</sup> SPOSATI, Adaliza, LOBO, Elsa. *Controle social e políticas de saúde*. Cadernos de saúde pública. Rio de Janeiro, 5 (2) 1989, pp. 366 - 378

<sup>80</sup> ESPINOSA, A. FRANCO, S. e outro. *La promoción de la salud*, p. 28

<sup>81</sup> ALVAREZ, Luz. *La salud en el plan de desarrollo*, pp. 93 - 121

- As funções do Estado cumprem-se de modo descentralizado. As secretarias e direções locais dos diversos órgãos territoriais serão os responsáveis pelo desenvolvimento do regime subsidiado e pelo plano de atenção básica, bem como pela vigilância, controle e seguimento dos serviços de saúde e riscos profissionais.
- Há dois tipos de entidades no sistema:
  - As administradoras do seguro (EPS) que administram a poupança (aplicação, arrecadação das cotas e contratação de serviços), a partir do oferecimento de planos de benefícios.
  - As prestadoras de serviços (IPS), que atendem ao usuário quando este solicitar o serviço (atenção integral). Estas instituições podem ser públicas ou privadas.

Por tratar-se de um mercado de serviços, a livre escolha do usuário é respeitada.

Um dos mais importantes objetivos propostos pela reforma da seguridade social foi o aumento da cobertura. Antes da reforma, esta era de 75% e a meta proposta para 2001 é de 100%, para o qual foram estabelecidos dois regimes:

- Contributivo: Através deste é assegurada a população assalariada e não-assalariada (trabalhador independente), com rendas suficientes para pagar cotas no sistema.
  - Subsidiado: Segundo o qual é assegurada a população sem capacidade econômica para pagar cotas, através do Sistema de Identificação de Beneficiários, SISBEN. Este regime é financiado com recursos fiscais ou de solidariedade.
- As IPS públicas transformam-se em ESE (Empresas Sociais do Estado), com o fim de obter a autonomia necessária para concorrer no mercado de serviços, passando do subsídio da oferta ao faturamento de serviços baseados nos custos.

O novo sistema outorga lugar privilegiado à prevenção de doenças e à promoção da saúde. As EPS, ARS e ARP são obrigadas a investir em ações de promoção da saúde dirigidas ao filiado e à sua família. 1% dos recursos serão repassados, especificamente, aos municípios, para ações de caráter coletivo de prevenção de doenças e promoção da saúde.



#### 2.1.4 - A promoção da saúde como política pública de saúde

A implementação das políticas públicas parte das seguintes premissas:

- Constituem uma alternativa em face da crise de governabilidade e o enfraquecimento das relações Estado-sociedade.
- Pouca visão de intersetorialidade. As decisões fragmentadas, contraditórias às vezes, acabam por refletir-se no campo político do Estado, onde são negociados e expressos os conflitos sociais.
- Do ponto de vista prático, foram enfatizadas as propostas de gestão que conduzem, exatamente, à intersetorialidade, descentralização e participação comunitária.
- A análise das políticas públicas nasceu com visão interdisciplinar, procurando apreender a totalidade das situações problemáticas.
- É reconhecida a necessidade de analisar e formular políticas públicas, sob a visão contextual de independência e de globalidade para compreender o objetivo da política.<sup>82</sup>

No aspecto específico da saúde, as considerações acima determinam a promulgação de políticas públicas saudáveis, descrevendo a nova prática de saúde pública e se referem às decisões políticas no setor público. Essencialmente, trata-se de que, conhecendo os aspectos que afetam a saúde, os governos tomem decisões políticas nestes aspectos. As políticas públicas saudáveis são mais estratégicas, servem a propósitos de longo prazo, e requerem, urgentemente, intersetorialidade, participação comunitária e defesa dos benefícios da saúde. São, inerentemente, colaboradoras e fortalecedoras.<sup>83</sup>

A globalização exige novo paradigma que responda à privatização da saúde, reduza o poder do Estado, estimule a descentralização, a livre oferta e demanda. Talvez o caminho mais adequado seja o de reafirmar a saúde como um direito social e exigir a responsabilidade do Estado para com a saúde pública.<sup>84</sup>

Este contexto serviu de base à promulgação da saúde como política pública. Ou seja, que as ações e decisões adotadas pelo Estado, entendidas como busca coletiva das

---

<sup>82</sup> OMS/OPS. *Crisis de la salud pública*, pp. 17 - 23

<sup>83</sup> LABONTE, Ronald. *Políticas públicas*, p. 48

<sup>84</sup> RICO, Jesús. *Neoliberalismo*, p. 28

condições e meios para a realização da vida com a melhor qualidade possível, deverão ser incorporadas como uma política pública de maior transcendência, porquanto contribuem para:

- Garantir os direitos dos cidadãos, neste caso o direito à saúde.
- Gerar o sentido de pertencer a cada um deles.<sup>85</sup>

Como política social, além de prestar serviços, seu objetivo é gerar coesão social e legitimidade para que os cidadãos assumam seus direitos, como parte de uma sociedade maior, e também seus deveres.<sup>86</sup> O modelo de asseguramento é, pelo menos teoricamente, o principal avanço do atual sistema de saúde, porque outorga ao cidadão uma série de direitos que não o submetem à caridade pública ou privada, como sucedia no sistema anterior.<sup>87</sup>

A implementação da política pública de promoção requer a articulação dos planos de saúde aos planos de desenvolvimento da localidade, das diretorias locais de saúde, serviços de saúde, juntas de ação comunal, organizações públicas e privadas, em um trabalho conjunto e visando à manutenção da saúde da população.

Nesta orientação, concebe-se a saúde pública e a promoção da saúde como um conjunto de ações ligadas ao desenvolvimento social e econômico, dirigidas a maior igualdade social e à decisiva modificação dos fatores estruturais que geram, para a saúde, condições adversas.

Ao assimilar a promoção da saúde ao desenvolvimento de atividades específicas, que podem ser enumeradas (visitas domiciliares, sessões educativas), cujo objetivo é incentivar mudanças nos hábitos de vida e prevenir doenças,<sup>88</sup> aquela se reduz a simples atividades de prevenção da doença.

O Relatório Epidemiológico Nacional de 1998 assinala que 69.4% dos departamentos e distritos continuavam, em 1997, realizando ações individuais e subsidiando serviços às EPS, que são as encarregadas de realizar estas funções.<sup>89</sup> E, embora o Ministério da Saúde e o próprio Plano de Desenvolvimento reconheçam a situação

<sup>85</sup> ESPINOSA, A FRANCO, S. e outro. *La promoción de la salud*, p. 37

<sup>86</sup> ALVAREZ, Luz E. *La salud en el plan de desarrollo*, pp. 93 - 101

<sup>87</sup> *Ibidem*, pp. 93 - 101

<sup>88</sup> COLÔMBIA, Congresso da República. *Ley 508/99. O congresso*, Santafé de Bogotá, 1999

<sup>89</sup> COLOMBIA, Ministério da Saúde. *Implementación del Plan de Atención Básica (PAB) en Colombia. Enero-junio 1997. Relatório epidemiológico nacional*. Santafé de Bogotá. 1998, pp. 206 - 210

caótica da promoção da saúde, não há propostas importantes de modificação neste aspecto.<sup>90</sup> No entanto, este posicionamento pode ser de certo modo compreensível, dado que a implementação de novas políticas exige uma estratégia acorde ao contexto no qual irão desenvolver-se.

### 2.1.5 - A promoção da saúde no sistema de seguridade social

Embora o novo sistema atribua um papel preponderante à promoção da saúde, é importante assinalar a existência de certas tensões e polêmicas jurídicas, que geram confusão neste campo.<sup>91</sup> As interpretações da normatividade existente suscitam preocupações em dois sentidos:

- Como mercadologia de serviços de asseguramento e de saúde, de onde deriva o nome de “promotoras” de saúde.
- Como ações de tipo informativo e educativo destinadas a indivíduos e a grupos, mediante as quais pretende-se atingir os comportamentos nocivos à saúde e promover “os estilos saudáveis de vida”.<sup>92</sup>

As primeiras orientações dadas pelo Conselho de Seguridade social e os lineamentos da Direção de Promoção e Prevenção do Ministério da Saúde optaram por uma visão restringida da promoção da saúde, gerando confusão com o conceito de prevenção de doenças, enquanto esta se baseia no controle de fatores de risco, associados ao comportamento humano.<sup>93</sup> Nesta visão predominou o conceito de doença sobre o conceito amplo e positivo da saúde.

Esta situação propiciou que, a partir de 1996, fosse iniciada uma série de discussões e reflexões para estabelecer uma diferença nítida entre tais conceitos, definindo a promoção da saúde como: “A integração de ações realizadas pela população, serviços de saúde, autoridades sanitárias, setores sociais e produtivos, com o objetivo de garantir, além da ausência de doenças, melhores condições de saúde física, psíquicas e sociais para os

---

<sup>90</sup> COLÔMBIA, Congreso da República. Ley 508/99

<sup>91</sup> Ibidem

<sup>92</sup> ESPINOSA, A. FRANCO; S. e outro. *La promoción de la salud*, p. 31

<sup>93</sup> COLÔMBIA, Ministério da Saúde. *Lineamientos de la promoción de la salud y educación para el comportamiento humano*. Santafé de Bogotá. 1995, p. 10

indivíduos e as comunidades.”<sup>94</sup>

Embora não se desconheçam os avanços neste tipo de propostas, observa-se uma posição dual em face da promoção, que pode reduzir ou ampliar o alcance das ações de promoção da saúde, devido aos seguintes fatos:

- Tende a deixar às administradoras e prestadoras de saúde somente o que pode ser medido como ações individuais do POS (Plano Obrigatório de Saúde), restrito ao campo da prevenção de doenças e às ações educativas para modificar comportamentos.
- O PAB (Plano de Atenção Básica) consiste em intervenções dirigidas a coletivos ou a indivíduos com altas exterioridades. Compreende ações de promoção da saúde e prevenção de doenças complementares ao plano obrigatório de saúde, tais como informação pública, educação, fomento da saúde pública, complementação nutricional, planejamento familiar, controle de doenças transmissíveis, como a AIDS, tuberculose e lepra.<sup>95</sup>

Ambas as situações restringem o caráter da promoção da saúde à educação em saúde e à informação sobre os riscos de adoecer, enfoque aceito pelos Planos Locais de Saúde. A regulamentação também abre possibilidades à promoção da saúde, quando expõe o seguinte: “Para facilitar o desenvolvimento das ações de promoção da saúde no âmbito distrital ou municipal (local), estes poderão implementar as estratégias de “municípios saudáveis”, como uma proposta de ação local para mobilizar e convocar recursos e comprometer esforços intersetoriais e comunitários na perspectiva de um trabalho integral pelo bem-estar e desenvolvimento social da população”<sup>96</sup>

Os parâmetros acima, indubitavelmente, abrem novos espaços à promoção da saúde. No contexto da descentralização política, administrativa e fiscal do país, as autoridades municipais e a sociedade civil, em conjunto, podem gerar esforços para fazer da promoção da saúde e do sistema de seguridade local uma estratégia para alcançar o direito à saúde, e não apenas um mecanismo economicamente viável para chegar à atenção da doença.<sup>97</sup> Estes aspectos exigem liderança e compromisso do setor saúde em seu conjunto.

<sup>94</sup> COLOMBIA, Ministério da Saúde. *Resolución No. 3997/96*. Pela qual estabelecem-se as atividades e os procedimentos para as ações de promoção e prevenção no S.G. SS. Santafé de Bogotá. 1996

<sup>95</sup> COLOMBIA, Ministério da Saúde, *Ley 100 de 1993*, art. 165. Santafé de Bogotá. 1993, p. 79

<sup>96</sup> COLOMBIA, Ministério da Saúde. *Resolución 4288/96*. Pela qual se define o Plano de Atenção Básica (PAB) do S.G.SS. Santafé de Bogotá. 1996.

Para inserir a promoção da saúde nos projetos de vida dos cidadãos, será preciso estudar e compreender as motivações coletivas, com o fim de desenvolver ações coerentes para seu posicionamento em diferentes contextos e construir, coletivamente, projetos de vida saudáveis através de marcos teóricos em harmonia com seus postulados.

## 2.2 - Fundamentação da Promoção da Saúde a partir da vida cotidiana

Esta categoria será abordada a partir de um referencial sociológico, apoiado e sustentado nas teses expostas por Agnes Heller. Tentar-se-á construir um marco que sirva de base à fundamentação e desenvolvimento da promoção da saúde nos níveis locais, nos quais a comunidade seja seu eixo principal.

No presente estudo, concebe-se a vida cotidiana como um conjunto de atividades cujo conteúdo e estrutura não são idênticos, mas têm relativa continuidade. Refere-se a e desenvolve-se no ambiente imediato, onde se expressa o que se aprendeu e o que se vai transmitir e onde, além disso, adquire valor a experiência ganha. Nesse âmbito se dá, concretamente, a luta pela sobrevivência e a satisfação de necessidades, espaço que representa a “vida” para a maioria dos homens.<sup>98</sup> É o mundo vivo por excelência, porque não rompe a ideologia do indivíduo (Berger & Luckmann).<sup>99</sup> É este o ponto de convergência para estabelecer momentos de encontro e desencontro com a saúde e a política da promoção da saúde.

A vida cotidiana mantém-se porque se concretiza em rotinas institucionalizadas e, continuamente, é reafirmada na interação do indivíduo com outros indivíduos. A realidade interioriza-se e permanece na consciência, através de processos sociais possíveis, graças ao manejo de diferentes níveis de conhecimento, informadores das ações empreendidas pelos indivíduos. Estes níveis, implícitos no comportamento dos membros de uma sociedade, configuram a dimensão qualitativa da realidade, motivo pelo qual seu estudo considerará esta dimensão.<sup>100</sup>

---

<sup>97</sup> ESPINOSA, A. FRANCO, S. e outro. *La promoción de la salud*, p. 32

<sup>98</sup> HELLER, Agnes. *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona. Península. 1994, pp. 25 - 26

<sup>99</sup> DE LEMOS M. Moisés. *A epistemologia do saber cotidiano*. Rev. Crítica das Ciências. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra. Portugal, 1993, p. 97

<sup>100</sup> BONILLA, Elsy. RODRIGUEZ, Penélope. *Más allá del dilema de los métodos*. Uniandes, Editorial Norma. Santafé de Bogotá, 1997, pp. 47

A vida cotidiana é o fundamento que dá sentido à atividade científica.<sup>101</sup> A cotidianidade é o mundo da experiência vital e é nessa experiência que o sujeito adquire, diariamente, sua vivência, fundamenta-se todo conhecimento objetivo e origina-se o sentido de toda prática.<sup>102</sup> Não é possível tentar construir o aspecto social sem coletar e dimensionar as experiências, angústias e buscas que nascem do cotidiano.<sup>103</sup>

O “cotidiano” não é algo afastado da história, mas sim o centro dos processos históricos e a essência da substância social. É o âmbito onde os sujeitos relacionam-se, em processos de acordo e entendimento mútuos, que os levarão, indubitavelmente, a compreender tudo aquilo que compõe e é parte integral do mundo cotidiano da vida. Nesta ordem de idéias, aparece como uma categoria natural, como uma realidade do **aqui** e do **agora**,<sup>104</sup> guiado pelo senso comum.<sup>105</sup>

A sociologia do conhecimento (Berger, P. e Luckmann, 1968) admite que todo ser humano nasce no seio da vida cotidiana, que é uma realidade ordenada. Quando nos referimos a uma realidade intersubjetiva, mencionamos uma complexidade de inter-relações, formada por um tecido de ordenamentos, a saber: *uma ordem espacial*, configurada pela disposição arquitetônica da cidade, povoação, vereda, bairro, assim como pela organização da habitação. *Uma ordem temporal*, distribuída de acordo com a profissão ou ofício. *Uma ordem social*, que regula as relações de proximidade entre os indivíduos, as normas de comportamento a serem respeitadas para manter a harmonia e a convivência. *Uma ordem linguístico-sintática*, própria da língua comum, graças à qual se expressam significados compartilhados pela comunidade. *Uma ordem instaurada por crenças* e práticas religiosas, ou mítico-mágicas; *uma ordem política, ideológica, uma ordem jurídica e uma ordem econômica*, determinada pelo capital e as relações de intercâmbio dadas no interior das formas de produção - consumo e oferta de serviços.<sup>106</sup> Tais aspectos devem ser contemplados no desenvolvimento das políticas sociais, porque estas incidem diretamente na vida dos cidadãos e a grande maioria destes ordenamentos

<sup>101</sup> HOYOS, Guillermo. *Los intereses de la vida cotidiana y las ciencias*. Universidade Nacional da Colômbia. Bogotá, 1986, p. 28

<sup>102</sup> MORALES, William. *La vida cotidiana como fundamento para la comunicación entre sujetos*. Universidade Nacional da Colômbia. Faculdade de Ciências Humanas, Departamento de Filosofia. Santafé de Bogotá, 1995, p. 7

<sup>103</sup> PALMA, Diego. *La promoción social de los sectores populares*. Hymánitas - Celats. Argentina. 1988, p. 9

<sup>104</sup> MOLES, Abraham. *Micropsicología y la vida cotidiana*. Icfes. Simpósio de vida cotidiana. Série de eventos científicos. Santafé de Bogotá. 1986, p. 18

<sup>105</sup> SANDOVAL, Salvador. *Algumas reflexões sobre cidadania e formação de consciência política no Brasil*. Em SPINK, M. *A cidadania em construção, uma reflexão transdisciplinar*. Cortez Editora. São Paulo, 1994, p. 63

<sup>106</sup> GALLEGU, Rómulo. *Discurso sobre constructivismo*. Coleção Mesa redonda Editorial Cooperativa do Magistério. Santafé de Bogotá. 1996, p. 30

objetivam-se nas atuações e nas instituições, cujas funções são as de conservar e manter a ordem que lhes corresponde, desde que cada pessoa e a sociedade inteira assumam a consciência dessa missão.<sup>107</sup>

Este conjunto de ordens constitui um campo no qual está imerso o ser humano, possibilitando-lhe o espaço para que se auto-construa como pessoa, em uma relação crítico-dialética. A experiência, por si só, é factível nesse campo, ao mesmo tempo em que é pensada e realizada a partir de estruturas conceituais, metodológicas e de atitudes, criando-o, expandindo-o e comprimindo-o coletivamente.<sup>108</sup>

Além disso, é no panorama cotidiano que as diversas ordens se afetam, como produto da realidade social das comunidades. Ali instalaram-se a violência e o vandalismo, como rejeição, ruptura de um laço social débil, um ridículo culto à destruição. A própria ciência admitiu que suas leituras da realidade, infundavelmente decifradas, não podem ser satisfeitas com formalizações, com seu isolamento do meio em que estas afirmações são enunciadas; deve existir intercâmbio de linguagem entre as disciplinas científicas, a arte e a filosofia, buscando novos caminhos, novos saberes.<sup>109</sup>

Sendo os espaços cotidianos fonte de riqueza em saberes, vivências, experiências, estas fazem com que a cotidianidade não seja equivalente à rotina. É válido considerar a criatividade na elaboração das estratégias domésticas desenvolvidas pelas famílias para chegar ao fim do mês com seus pobres salários. O trabalho profissional deve ser desviado ao papel da cotidianidade, já que nosso trabalho é absorvido pela problemática cotidiana, porque atuamos no cotidiano e com o cotidiano, o mundo da vida, o mundo da subjetividade, no qual os homens constroem o que existe. Neste espaço, a divisão entre o discurso científico e a narrativa que flui da sabedoria popular perde nitidez face ao que já existe.<sup>110</sup>

O âmbito cotidiano constitui o laboratório da prática social, porque ali representa-se a vida não planejada, desordenada, frequentemente feliz e harmoniosa, na qual o indivíduo luta para obter amor e intimidade, reconhecimento do seu trabalho e suficiente força física

---

<sup>107</sup> Ibidem, p. 30

<sup>108</sup> Ibidem, p. 31

<sup>109</sup> KISNERMAN, Natalio. *Pensar el trabajo social*, p. 13

<sup>110</sup> Ibidem, p. 17

e econômica para orientar, saudável e plenamente, a sua vida.<sup>111</sup>

É nessas relações que o cotidiano adquire grande valor heurístico, como processo que consiste em buscar e reunir as fontes necessárias ou de busca de vias que possibilitem a pesquisa de cada realidade social.<sup>112</sup>

O estudo da vida cotidiana baseia-se em:

- Nas rotinas da vida diária, que nos levam a interações constantes, frente a frente com outros, constituem a maior parte das nossas atividades sociais. São as rotinas cotidianas e as interações que nos submergem, estruturam e modelam. Aprendemos de nós mesmos, como seres sociais e sobre a vida social, estudando essas rotinas.
- No estudo da interação social na vida cotidiana ilumina aspectos significativos dos sistemas e instituições de maior espectro.<sup>113</sup>

Estes aspectos têm significativa importância na implementação das políticas sociais como a da promoção da saúde, que envolve toda a população no contexto da sua vida cotidiana, espaço no qual os sujeitos desenvolvem todas as suas atividades, e que opera como estratégia política e instrumento transformador de estilos de vida.<sup>114</sup> É, sem dúvida alguma, o meio por excelência, no qual são traçadas metas e fixados acordos. É o único elemento capaz de unificar a diversidade de critérios, dissensões, opiniões que surgem ao longo dos processos de interação, nos quais participam os sujeitos, constituindo-se e configurando-se como o fator mais importante na vida dos indivíduos.<sup>115</sup>

Nesses espaços, dá-se a reprodução do homem particular, isto é, do homem histórico e concreto; todo homem, seja qual for o seu papel na sociedade, tem uma vida cotidiana, confirmando-se que não existe sociedade sem vida cotidiana.<sup>116</sup> O marco referencial em que está o homem vivo e histórico é o da "vida diária", o mundo cotidiano.<sup>117</sup> Na estrutura da sociedade há fortes laços culturais com intercâmbio de conhecimentos,

<sup>111</sup> MEYER, Carol. *Social Work practice. The changing landscape*. Nova Iorque. The Free Press. 1976. Citado por Kisnerman, Natalio. *Pensar el trabajo social*, p. 74

<sup>112</sup> GRATEROL, Martin. *Epistemologia de Karl Popper*. Em *Paradigmas e criação de conhecimento em nações neocoloniais*. Universidade de Carabobo. Editorial Tropykos. 1996, p. 96

<sup>113</sup> GIDDENS, Anthony. *Sociología*, p. 124

<sup>114</sup> COLOMBIA Ministério da Saúde/OPS. *Municipios saludables*, p. 11

<sup>115</sup> MORALES, William. *La vida cotidiana*, p. 120

<sup>116</sup> HELLER, Agnes. *Sociología de la vida cotidiana*, p. 19

<sup>117</sup> LEHR, Ursula, HOMAE, Hans. *La vida cotidiana. Tareas, métodos y resultados*. Barcelona. Editorial Herder. Trad. Ruiz, G. Constantino. Barcelona. 1994, p. 12



saberes e experiências culturais, que são transmitidos socialmente.<sup>118</sup> Não determina a cotidianidade o acontecimento particular, mas sim a interação social física ou psíquica, estabelecida por ele, e que o indivíduo ou seu grupo deve enfrentar.

### 2.2.1 - Características da vida cotidiana

- Refere-se e desenvolve-se sempre no âmbito imediato.
- É onde os sujeitos se desenvolvem e traçam seus fins, metas e propósitos, em busca de entendimentos com os demais sujeitos que compartilham o mesmo mundo.<sup>119</sup>
- Para a maioria dos homens, a vida cotidiana constitui sua “vida”. É o verdadeiro lugar no qual os sujeitos podem desenvolver sua vida.<sup>120</sup>
- Seu conteúdo, estrutura e significado não são idênticos, fato que imprime o caráter heterogêneo e segmentado entre as diversas atividades desempenhadas por eles mesmos.<sup>121</sup>
- É histórica e constitui o núcleo do tecido social ou essência da substância social.<sup>122</sup>
- É hierárquica.
- Acha-se em permanente mutação, movimento e modificações, em função das estruturas culturais, sociais, políticas e econômicas, constituindo um horizonte não fechado, não terminado.<sup>123</sup>
- Baseia-se na espontaneidade, a probabilidade e a possibilidade. A espontaneidade se dá em diferentes níveis e envolve todas as atividades cotidianas: refere-se às motivações particulares ou humano-genéricas. A espontaneidade é uma tendência de todas as formas de vida cotidiana.<sup>124</sup> A probabilidade refere-se às relações objetivas que ocorrem entre as atividades e consequências. A possibilidade está determinada pela oportunidade de escolher entre diversas alternativas: está dada

<sup>118</sup> HELLER, Agnes. *Sociología de la vida cotidiana*, p. 69

<sup>119</sup> MORALES, William. *La vida cotidiana*, p. 120

<sup>120</sup> HELLER, Agnes, *Sociología de la vida cotidiana*, p. 26

<sup>121</sup> *Ibidem*, pp. 93 - 116

<sup>122</sup> SANDOVAI, Salvador. *Algumas reflexões*, p. 62

<sup>123</sup> MORALES, William. *La vida cotidiana*, p. 10

pela experiência e vivência diárias.

- Desenvolve-se relativamente como um processo contínuo.
- É pragmática, isto é, o trato das inter-relações com a vida cotidiana realiza-se participando e cooperando com outros, constituindo assim um “nós”. Processo no qual a comunicação adquire validade e fundamento, ou seja, é originado o sentido intercomunicativo.<sup>125</sup>

### 2.2.2 - A vida cotidiana e o homem

Desde a Grécia antiga até nossos dias, as diferentes visões do mundo explicam muitos fenômenos que, continuamente, ocorrem na vida cotidiana, influenciando na vida dos indivíduos. Por isso, as diversas formas empregadas para comunicar estes fenômenos ou acontecimentos a outros indivíduos que compartilhem o mundo desenvolveram-se melhor e mais amplamente.<sup>126</sup>

Na vida diária, o homem ocupa-se de uma infinidade de atividades derivadas do seu trabalho, estudo, interesses e motivações particulares e profissionais, problemas relacionados com a organização social, política e econômica, que vivencia em seu ambiente imediato.

Do desenvolvimento do ser humano derivou o rompimento da ordem natural, à qual estão sujeitos os seres vivos e, para garantir a sobrevivência em condições incertas, foi construída uma ordem cultural.<sup>127</sup> Esta se expressa em realidade objetiva e forma uma totalidade, com dimensões objetivas e subjetivas. A objetividade científica exige que ambas sejam consideradas, porque o comportamento social explícito está carregado de avaliações implícitas, que o condicionam e o tornam possível.<sup>128</sup>

Atualmente, o homem e sua vida cotidiana constituem o centro de interesse no desenvolvimento da sociedade e da filosofia contemporânea, como homem concreto, real, histórico, econômico e político. Busca-se seu progresso, seu desenvolvimento e seu bem-

<sup>124</sup> SANDOVAL, Salvador. *Algumas reflexões*, p. 63

<sup>125</sup> MORALES, William. *La vida cotidiana*, p. 19

<sup>126</sup> *Ibidem*, p. 90

<sup>127</sup> LORITE, J. *El animal paradójico: Fundamentos de la antropología filosófica*, Madri, Aliança Editorial, 1982. Citado por: Bonilla, Elsy, Rodríguez, Penélope. *Más allá del dilema de los métodos*. Publicações Uniandes. Editorial Norma. Santafé de Bogotá. Colômbia. 1997, p. 27

<sup>128</sup> BONILLA, Elsy. RODRIGUEZ, Penélope. *Más allá del dilema de los métodos*, p. 27

estar, ou seja, passa-se de uma visão abstrata do homem <sup>129</sup> à consideração da sua cotidianidade.

Manifesta-se ali o caráter de alteridade, elemento fundamental para penetrar nas relações comunitárias. Alteridade significa vida, a existência do "outro" como ser concreto, histórico e cotidiano, condição básica que possibilita a construção da "capacidade comunitária"<sup>130</sup> como tarefa prioritária de cada homem e cada comunidade, baseados no sentido de pertença. Sentir e compartilhar problemas comuns constituem a porta de entrada para construir a promoção da saúde. A experiência de alteridade (elaboração dessa experiência) nos leva a ver o que não havíamos imaginado, devido à nossa dificuldade para fixarmos a atenção naquilo que nos é habitual, familiar e cotidiano. <sup>131</sup>

Todo homem possui uma vida cotidiana, em que busca a satisfação das suas necessidades, bem como o desenvolvimento da sociabilidade (historicidade), autoconsciência e universalidade. que contribuem à construção da essência humana, base da formação de valores positivos ou negativos. É no acontecer da vida cotidiana que os atores regem as interações com sequências de abertura ritualizada, interpretam a comunicação, proporcionam pontos de partidas aos diálogos, indicam o fim do diálogo e concluem também as interações. <sup>132</sup> A partir do reconhecimento do "outro", gera-se a socialização como tal, não como manifestação, mas sim como possibilidade de intermediação entre o particular e o universal. <sup>133</sup>

O homem particular faz referência ao homem concreto. Como sujeito da vida cotidiana, tem atividades comuns com os demais homens. Cada homem nasce com certas qualidades, atitudes, aptidões e dificuldades próprias, que lhe permitem visualizar e manipular o mundo a partir de si mesmo, para apropriar-se dele com o fim de autoconservar-se, criando diferentes sistemas de cuidado da saúde e da vida. Como homem particular, a genericidade permite a compreensão da especificidade da autoconservação.

Por ser o homem uma categoria com conteúdo de valor positivo, na concepção e implementação das políticas públicas, é preciso não perder de vista as características dos indivíduos como membros de uma comunidade, a quem corresponde criar novas

<sup>129</sup> SAN MARTIN, J. *El sentido de la filosofía*, p. 166

<sup>130</sup> RESTREPO, Helena. *Información y comunicación*, p. 108

<sup>131</sup> LAPLANTINE, Francois. *Aprender Antropología*. 5 ed. Editora Brasiliense. São Paulo, 1991, p. 21

<sup>132</sup> KARDORFF, E. *Veranderte alltag als Herausforderung fur die Psychologie*, em LEHR, Ursula, THOMAE, Hans. *La vida cotidiana. Tareas, métodos y resultados*. Herder Barcelona. 1994. Trad. Ruiz G. Constantino. P. 13

<sup>133</sup> HOYOS, Guillermo. *Los intereses de la vida cotidiana*, p. 75

possibilidades e oportunidades para manter e dignificar a vida, tarefa perspectivada a partir do conhecimento do âmbito da vida cotidiana. São aspectos necessários na implementação e impulso de políticas sociais, neste caso a promoção da saúde, porque toca aspectos essenciais da vida das pessoas.

Por este motivo, diversas disciplinas e profissões pesquisam mais profundamente o conhecimento do homem e desenvolvem estudos temáticos sobre a sociedade, a existência, a história, a vida e a morte, para abordar o homem não como um indivíduo isolado, mas sim em sua relação social.<sup>134</sup>

### 2.2.3. Desenvolvimento das categorias em si, para si, para nós.

O fundamento epistemológico das categorias em si, para si e para nós expressa-se na capacidade dialogal da comunidade, para dar resposta à interrogações do homem sobre o sentido do mundo e da vida humana, posto que o ser humano deve decidir sua vida e viver é decidir. A vida e a decisão só se vivem e tomam ao redor da vida,<sup>135</sup> ou seja, no cotidiano.

O presente estudo aborda as categorias em si, para si, para nós, desenvolvidas por Agnes Heller como base para compreender as diferentes manifestações da vida cotidiana na comunidade participante da pesquisa.

Assume-se que a vida cotidiana tem um âmbito de aprovação, dado pelas objetivações genéricas em si e como fundamento das objetivações para si. Sua diferença essencial é que se expressam em níveis diferentes e envolvem o ser em si, aquele que não foi penetrado ou afetado pela praxis e pelo conhecimento.

Os comportamentos e atividades do homem não se objetivam sempre e consideram os fenômenos sociais como estruturas ou integrações das objetivações, que modificam de algum modo as características do em si. Este constitui o território da necessidade.

Entende-se por objetivação o sistema de referência e de instrumentos realizados pela atividade humana e que, ao mesmo tempo, as guia.<sup>136</sup> Assim, a vida cotidiana constitui o espaço em que se objetiva o homem, porque ali se expressam e se reproduzem os homens.

<sup>134</sup> STEVENSON, Leslie. *Siete teorías de la naturaleza humana*. Colección Teorema. Madri. 1986, p. 82

<sup>135</sup> HELLER, Agnes. *Sociología de la vida*, p. 55

<sup>136</sup> *Ibidem*, p.

As objetivações em si são ontologicamente primárias e constituem a base para a existência da estrutura social. Suas principais características são:

- O ambiente e o mundo são produzidos pelo homem ao organizar as objetivações em si, que são unitárias e articuladas.
- São o produto das atividades humanas. Constituem a condição fundamental de todas as atividades do homem.
- A humanização efetiva do homem tem início quando este se apropria desta esfera, por meio da atividade.
- São o ponto de partida da cultura e o fundamento das objetivações para si.
- O caráter de universalidade é dado pelo ponto de partida da vida cotidiana.
- As atividades relativas a esta categoria são intermediárias entre as forças produtivas e as relações sociais.
- A particularidade das pessoas inclui o em si, interesses, desejos e aspirações de satisfação das necessidades.<sup>137</sup>

No cotidiano identificam-se e determinam-se as necessidades individuais ou sociais. Estas últimas, referem-se às que identificam os grupos coletivos e geram demandas<sup>138</sup>, como reclamação pelas insatisfações<sup>139</sup> da sociedade e dos grupos comunitários, a partir de um projeto social democraticamente constituído.<sup>140</sup> A satisfação das necessidades parte das atividades habituais que constituem o ser humano e o determinam como cidadão.<sup>141</sup>

Os homens como seres políticos têm necessidades, catalogadas como categorias sociais (Heller, 1996), que determinam seu uso, especificamente, na implementação da política social. As necessidades de saúde são sinônimas de necessidades sanitárias,<sup>142</sup>

<sup>137</sup> CORDUA, Carla. *Hegel e a participação política*, p. 27

<sup>138</sup> Vejam-se as seguintes obras; KINSERMAN, Natalio. *Pensar el trabajo social*, edições Lumen. Buenos Aires. 1998, p. 147; COHN, Amelia. *Estado, políticas públicas e saúde* Em Canesqui, A.M. Ciências sociais e saúde. Edições Hucitec. Abrasco. São Paulo, p. 168

<sup>139</sup> HELLER, Agnes. *Una revisión a la teoría de las necesidades*. Trad. Rivero, R. Angel. Paidós. Barcelona. 1996, p. 113

<sup>140</sup> COHN, Amelia. *Estado, políticas públicas e saúde*, p. 168

<sup>141</sup> CORDUA, Carla. *HEGEL y la participación política*, p. 32

<sup>142</sup> LOURERIO, Sebastião. *Conceptos y estrategias de integración de los sistemas de salud a través del desarrollo de los sistemas locales de salud (sitios)*. Em Programa UNI. Uma nova iniciativa na educação do profissional da saúde. Fundação, W.K. Kellogg. Battle Creek. 1994, p. 41

carências,<sup>143</sup> necessidades sociais,<sup>144</sup> necessidades sociopolíticas.<sup>145</sup> Mas as comunidades não estabelecem diferença entre necessidades, desejos e aspirações.<sup>146</sup>

Heller (1996) expõe as diferenças fundamentais entre desejos e necessidades, aspectos de grande valor para quem trabalha junto às comunidades; os desejos são pessoais e idiossincráticos, podem permanecer inconscientes e não é fácil saber o que desejam os indivíduos porque, quase sempre, não podem ser verbalizados. O ser humano move-se na tríade *desejos - necessidades - carências*, que integra conceitos abstratos<sup>147</sup> com múltiplas interpretações.

As necessidades relativas a atividades de promoção da saúde, como educação, saúde e emprego, denominam-se necessidades sociopolíticas, mais evidentes à medida que são sentidas com maior intensidade pelos grupos populacionais menos favorecidos, isto é, os denominados excluídos ou marginalizados. Estas necessidades distribuem-se de maneira hierárquica, segundo a estratificação sócioeconômica, razão pela qual sua satisfação é da responsabilidade de diversos estamentos.

Nos espaços cotidianos, fica claramente evidenciada a relação existente entre forma de vida e sistema de necessidades. Em saúde, a distribuição de necessidades e as formas de satisfazê-las são determinadas pela categoria do respectivo nível de vida.

As necessidades sociopolíticas são abstrações acordes à estrutura concreta das necessidades dos indivíduos, motivo pelo qual são denominadas *necessidades sentidas*;<sup>148</sup> são percebidas, reconhecidas e expressas como carências que só são reconhecidas de maneira coletiva. Segundo Heller, apenas o portador das necessidades tem autoridade para selecionar e admitir quais delas são verdadeiras, falsas, reais ou irrealis.

A política de promoção da saúde tem relação direta com necessidades abstratas, como a vida e a liberdade, consideradas como os valores mais importantes da modernidade. A vida significa sobrevivência. Não se trata apenas de estar vivo, mas sim de

<sup>143</sup> Vejam-se as seguintes obras: KLIKSBURG, Bernardo. *Pobreza el drama cotidiano*. Chave para uma nova gerência social eficiente. CLAD, TESIS- NORMA, PNUD. Buenos Aires. 1995, p. 73; HELLER, Agnes. *Una revisión a la teoría de las necesidades*. Trad. Rivero, R. Angel. Paidós, Barcelona. 1996, p.85

<sup>144</sup> Vejam-se as seguintes obras: HELLER, Agnes. *Una revisión a la teoría de las necesidades*. Trad. Rivero, R. Angel, Paidós, Barcelona. 1996, p.85; SAN MARTIN, H. PASTOR, V. *Economía de la salud*. Inter-americana McGraw Hill. Madri, 1989, p. 153 ; LAURELL, A.C. *Avançando em direção ao passado: A política social do neoliberalismo*. Em: Estado, Políticas sociais no liberalismo. Cortez Editora. CEDEC. São Paulo. 1995, p.153

<sup>145</sup> HELLER, *Una revisión a la teoría*, p.98

<sup>146</sup> SAN MARIN, H. PASTOR, V. *Economía*, p.155

<sup>147</sup> HELLER, Agnes. *Una revisión a la teoría*, p.85

<sup>148</sup> PALMA, Diego. *La promoción social de los sectores populares*, p. 37

permanecer vivo com dignidade, seja qual for o nível de vida (Heller, 1996).

A promoção da saúde refere-se à vida e possibilita a canalização das insatisfações, desejos e necessidades sociais da comunidade, através de um movimento multicêntrico, direcionado à ampliação de espaços de democracia direta, solidariedade social, resposta às aspirações dos seres humanos.<sup>149</sup>

Por outro lado, a promoção da saúde propicia processos de transformação de uma nova saúde pública, estimuladores e propiciadores do desenvolvimento de novas relações com os problemas de saúde dos cidadãos.<sup>150</sup> É uma alternativa possível, com a participação da comunidade, assinalada como a mais importante e primeira necessidade da coletividade humana.<sup>151</sup> Desenvolve-se nos níveis locais, por sua estreita relação com a vida cotidiana da comunidade, pois ali pode-se satisfazer ou coadjuvar a atenção às suas demandas e necessidades mais urgentes.<sup>152</sup>

Há de outorgar-se importância ao processo de avaliação de necessidades nas comunidades, de modo que a saúde constitua uma fonte de riqueza da vida cotidiana e as ações de saúde sejam concebidas em direção ao seu contexto e significado real: as pessoas precisam viver sua vida cotidiana, suas ações têm regras e significados peculiares, guardam relação com seus sonhos e com a realidade, algumas fazem parte da rotina, algumas se desviam, outras são impostas.<sup>153</sup>

Nesse processo, é necessário resgatar práticas e costumes sociais que promovem e protegem a saúde, para identificá-los e reconhecê-los como elementos valiosos do componente informal, com o fim de detectar as aspirações ou ideais de saúde das comunidades.<sup>154</sup>

Com as práticas sociais, os sujeitos tornam-se dialogantes, as formas de interação são plurais e permanentes, reconhecem-se as diferenças de pensar e agir e, principalmente, respeita-se o valor das normas mínimas de convivência.<sup>155</sup> Isto permite a realização do homem, que depende de um complexo conjunto de interesses, desejos e necessidades,

<sup>149</sup> DE SOUZA, Gastão. Sobre la reforma de los modelos de atención: un modo mutante de hacer salud. En Eibenschutz (Org.) Política de Saúde: O público e o privado. Fiocruz. Rio de Janeiro, 1996, pp. 293 - 312

<sup>150</sup> Ibidem, pp. 293 - 312

<sup>151</sup> SAN MARTIN, H. PASTOR, V. Economía, p. 154

<sup>152</sup> Ruiz, Manuel y OTRO. Estrategias para la descentralización municipal, pp. 597 - 602

<sup>153</sup> KICKBUSCH, Ilona. El autocuidado en la promoción de la salud. En: La promoción de la salud una antología, Publicación científica. No. 557, Washington, D.C. 1996, pp.

<sup>154</sup> OPS/OMS. Crisis de la salud pública, p.48

<sup>155</sup> TORRES, C. Hernando. Soberanía y participació. Rev. Parcomún. No. 3. Santafé de Bogotá. 1994, pp. n. No. 3.

resultado de processos históricos.<sup>156</sup> Neste sentido, a prática é concebida como uma atividade científica, criadora e transformadora.<sup>157</sup>

A prática, vista a partir de uma perspectiva sociológica, é uma atividade com sentido, ou seja, uma atividade que responde ou satisfaz uma necessidade social. É portanto uma categoria coletiva, que identifica atividades humanas com objetivo social, porque:

- Nela articulam-se o conhecimento, a destreza, o desenvolvimento tecnológico e o pensamento, para responder socialmente aos problemas e necessidades de saúde em diversos contextos.<sup>158</sup>
- Constitui o saber em ação,<sup>159</sup> que pode inter-relacionar e avaliar diversos saberes, especialidades, visões e métodos de trabalho, de maneira a compatibilizar o diálogo interdisciplinar e a intersetorialidade.<sup>160</sup>
- Nela se dá a relação sujeito do cuidado - cuidador, que se reafirma, cada vez mais, no ser humano vivendo em sua cotidianidade.<sup>161</sup>

Estes aspectos desenvolvem-se em panoramas que propiciam a realização de atividades de promoção da saúde e, ao mesmo tempo, contribuem ao processo de consolidar o **para si** e o **para nós**. Para Hegel, a “satisfação de necessidades” não é o único pré-requisito do conhecimento de si; também deve concorrer para a formação desta experiência o reconhecimento dos demais.<sup>162</sup>

As objetivações **para si** são ontologicamente secundárias. Caracterizam-se por:

- Fazer parte da existência e do funcionamento da história.
- Representar o desenvolvimento humano.
- Funcionar através da intenção consciente.
- Possuir estrutura homogênea.

<sup>156</sup> DE SOUZA, Gastão. *Sobre la reforma de los modelos de atención*, pp. 293 - 312

<sup>157</sup> BARONA, de Y. Nohemy. *El proceso de trabajo y de salud enfermedad, una relación dialéctica*. Em: *Sociedade e saúde*. Formas Precisas. Cali, 1994, p. 121

<sup>158</sup> LEOPARDI, M.T. *A interdisciplinariedade na saúde: Encontros e desencontros*. Documento de trabalho. Departamento de enfermagem. C.C.S. U.F.S.C. Florianópolis, S.C. Brasil. 1997, p.2

<sup>159</sup> MELEIS, A. *Revision in knowledge development: A passion for substance*. *International Journal Spring*, 87 (1). Reimpresso Em: Nicoll L.H. *Perspectives on nursing theory*. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1992, pp. 113- 118

<sup>160</sup> VASQUEZ, E. *La interdisciplinariedad y la formación integral*. Em: *Política e gestão universitária*. Universidade del Valle. Cali, 1994, p. 8

<sup>161</sup> GOMEZ, Consuelo. *La formación del recurso humano en enfermería: Reflexiones en torno a datos cualitativos y cuantitativos*. (Documento de trabajo). Santafé de Bogotá, 1996, p.20

<sup>162</sup> CORDUA, Carla. *Hegel y la participación política*, p. 34



- Encarnar a liberdade humana.
- Sua base material são as objetivações genéricas em si.

As categorias **em si** e **para si** estão presentes nas estruturas políticas, jurídicas e econômicas que são consideradas no desenvolvimento das ações que tocam estas esferas, para adaptá-las às necessidades da coletividade, e, assim, consolidar o **para nós**.

As categorias **em si** e **para si** transformam-se em **para nós** somente se, com os fatos e ações realizadas pelo homem particular, é construída a vida cotidiana, com atitude consciente para as objetivações **em si**, formando o chamado comportamento de vida. No desenvolvimento das objetivações **em si** surgem as necessidades cotidianas e, neste mesmo plano, dá-se a satisfação delas, ultrapassando o nível particular.

O **para nós** não é uma categoria de objetivação. Refere-se a tudo o que é real e verdadeiro. Ao tornar-se real, o **para nós** significa conhecer e transformar em praxis uma lei, uma política, uma norma, através de momentos de adequação e de verdade.<sup>163</sup> Contém o **em si** e **para si**, quando se trata de conhecer o mundo.

Esta categoria se dá como processo, a partir de duas ópticas, por um lado o conjunto social e, pelo outro, o ponto de vista pessoal. É levada em conta quando o particular participa ativamente dos sucessos obtidos pela ciência e a tecnologia para atingir seu auto-desenvolvimento.

Assim, a participação cidadã contribui para o desenvolvimento desta categoria, porque desempenha uma função educadora, processa uma consciência cívica, reforça os laços de solidariedade, faz mais compreensível e aceitável a noção de interesse geral. Assim também as comunidades participantes irão conscientizar-se das limitações para satisfazer suas demandas e as potencialidades para resolvê-las.<sup>164</sup>

As categorias **em si** e **para si** somente transformam-se em **para nós** se, nos fatos e ações realizadas pelo homem particular, contrói-se a vida cotidiana, com atitude consciente para objetivações **em si**, formando a chamada conduta de vida. No desenvolvimento das objetivações **em si** surgem as necessidades cotidianas e nesse mesmo plano dá-se a satisfação delas, ultrapassando o nível particular.

---

<sup>163</sup> Ibidem, p. 34

<sup>164</sup> SALAMANCA, Manuel. *Descentralización, administrativa y participación comunitaria*. (mimeografado, s.f.), p. 38

O **para nós** representa uma vida cotidiana com possibilidade de desenvolvimento das potencialidades do homem, mediante a construção de projetos sociais para satisfazer necessidades, com a participação, decisão e autonomia para dirigir sua vida. Aspecto que deve ser capitalizado para desenvolver projetos que busquem fortalecer o **para nós**, entre os quais estão enquadradas as políticas internacionais e nacionais de promoção da saúde.

O **para nós** é produto do processo de formação e emancipação gerado na interação social; dá-se graças ao reconhecimento do “outro”, é apenas o reconhecimento da autêntica contingência do indivíduo como sendo aquele que, para a plena realização como homem, precisa de outro.<sup>165</sup>

O cidadão que concebe a filosofia do direito como a culminação do processo de desenvolvimento do homem jurídico, social, moral e político,<sup>166</sup> acha-se representado na categoria **para nós**.

Esta exposição coloca em primeiro plano de ação o ser humano, tendo em conta as seguintes considerações:

- As relações exercidas pelos seres humanos no uso da sua autenticidade ou, pelo menos, dirigindo-se a ela, geram um novo tipo de comunidade mediante processos de participação comunitária. Esta, por sua vez, estabelece um novo tecido de relações com o território e o Estado.
- No conjunto de relações da tríade de atores identificam-se as categorias mais importantes na nova perspectiva de conceitualização de uma nova qualidade de vida, que toma o ser humano como parte indissolúvel da natureza, esta como substrato da vida e o Estado como servidor desta causa.<sup>167</sup>

---

<sup>165</sup> HOYOS, Guillermo. *Los intereses de la vida cotidiana*, p. 75.

<sup>166</sup> CORDUA, Carla. *Hegel y la participación política*, p. 32.

<sup>167</sup> PEDROZA, H. *Participación comunitaria: Un nuevo enfoque*. Parcomún. No. 3. ano 2. Santafé de Bogotá, 1994, p. 19.

Expressão das categorias em si, para si e para nós.

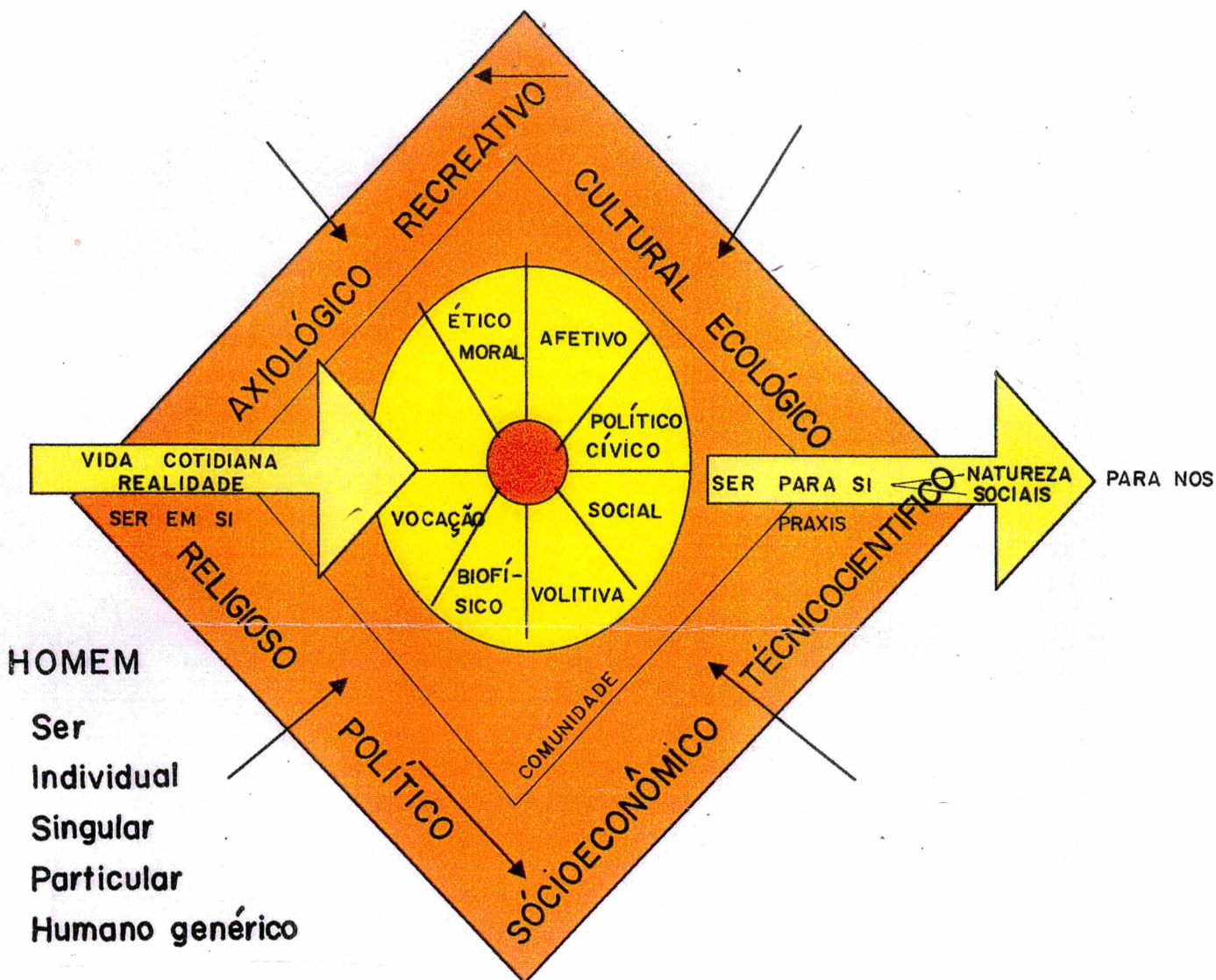


Figura 1

Fonte: Adaptado de Caro, C. Vasquez, E. "Identidad y evaluación del profesor de la Universidad Nacional de Colombia," Universidade Pedagógica Nacional. Tese de Pos-Graduação, Santafé de Bogotá, 1996.

### 2.3 - Participação comunitária

Historicamente, a inclusão da participação da comunidade em projetos de cunho social, com o fim de solucionar sua problemática, comporta diversas acepções e interpretações, que lhe dão caráter diverso e polifacético.

A partir do pós-guerra, a participação da comunidade converteu-se em paradigma do desenvolvimento comunitário e estratégia para contribuir à satisfação das necessidades e

do bem-estar das comunidades. Portanto, é considerada o instrumento que contribui ao desenvolvimento das políticas sociais.

Na Colômbia, a participação comunitária tem longa história, desde as convocações de Bolívar e demais dirigentes da causa da Independência. Após a independência espanhola do século XIX, um grupo social diferente da elite realizou o primeiro ensaio de participação ativa em política.<sup>168</sup>

### 2.3.1 - O Estado e a participação da comunidade

A partir da definição do Estado colombiano como um Estado Social de Direito, na última Constituição política de 1991 foram estabelecidas as bases para a introdução de novos princípios organizativos e de articulação das relações sociais através da participação. Segundo os analistas, esta é objeto de tutela, controle e restrição, à medida que pretenda que os atores populares se organizem e tramitem suas demandas através de esquemas indicados pelo Estado. Caracteriza-se por:

- Não convoca à participação na definição de políticas, mas sim na solução dos problemas de serviços públicos e necessidades básicas.
- A população é convidada para participar da implementação, controle e seguimento das políticas públicas, mas não para tomar decisões.<sup>169</sup>

Na década de 30, com o início da denominada “república liberal” e buscando um “estado compromisso”, foi adotada a reforma constitucional de 1936, que propôs “estimular, a partir do Estado, a participação de novos atores no início dos processos de industrialização e unificação”, como estratégia para ampliar as bases de legitimidade do Estado; foi impulsionado o desenvolvimento do sindicalismo e o cooperativismo no país.

A organização e participação social ou comunitária foram entendidas pelos diversos governos, nos planos desenvolvimentistas do país, como mecanismos de controle político das comunidades e, simultaneamente, como elemento de mobilização das comunidades para que assumissem, total ou parcialmente, a realização de obras de infraestrutura e de prestação de serviços, aliviando assim os custos e a responsabilidade do Estado.

<sup>168</sup> ZAMBRANO, Fabio. El miedo al pueblo. Rev. Análisis 2, CINEP, documento ocasional 53, Bogotá. 1989, p.14

<sup>169</sup> VARGAS, Alejo. Participación social, planeación y desarrollo regional, p. 49

A partir do *Plano Geral de Desenvolvimento Econômico e Social* (1961-1970) denominado *Plano Decenal*, elaborado com assessoria da CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina), no processo de desenvolvimento da área de participação comunitária, tomaram-se por base as propostas formuladas pela *Aliança para o progresso*. Decidiu-se então realizar investimentos para trabalhar com a comunidade, a fim de diminuir os conflitos sociais e fazer com que a organização comunitária adquirisse propósitos produtivos.

Esta política propiciou a incorporação das denominadas Juntas de Ação Comunal, criadas em 1958, aos planos governamentais, como instrumentos para que as comunidades participassem diretamente do desenvolvimento econômico e social do país. Nesse momento, começa-se a conceituar comunidade e desenvolvimento comunitário.<sup>170</sup>

Como programa governamental, esta política foi implementada no país a partir do primeiro *Plano de Desenvolvimento Quadrienal* (1969-1972) e incluída nos planos setoriais, sob a responsabilidade dos Ministérios da Saúde, Educação, Agricultura e Defesa. Buscava-se promover, orientar e consolidar as organizações comunitárias, como estratégia para a participação popular na formulação, adoção, execução e sustentação, com recursos próprios, dos programas de desenvolvimento social.

Nesta orientação, no período governamental de 1970 - 1974 (administração Pastrana), foram impulsionados vários modelos de participação, sendo o mais destacado o “Projeto microempresarial”, posteriormente desenvolvido durante o governo Betancur (1982 - 1986), com dois tipos de política participativa: por um lado, as políticas dirigidas às zonas rurais, com fins de pacificação, segundo o “Plano de Reabilitação”.

Alguns municípios próximos de Chiquinquirá foram favorecidos por esta política, pois grassava na zona a situação de violência. Foram impulsionadas a participação e autogestão, instrumentalizando os processos de paz nas regiões, através de mecanismos de representatividade de caráter grupal, tais como as comissões de verificação de paz, onde confluíram diversos setores da sociedade. Por outro lado, a política comunitária dirigida às zonas urbanas das grandes, médias e pequenas cidades apoiou-se no projeto microempresarial, estruturado e impulsionado por agências financeiras locais e internacionais, incentivaram a microempresa doméstica e desenvolveram novos processos

---

<sup>170</sup> GALINDO, Jesús. *Enfoque sociopolítico de la participación social en Colombia*. III Foro de Salud Comunitaria. Fundación Santafé de Bogotá, 1997, p.32

produtivos e organizacionais diferentes do processo sindical. Esta estratégia contribuiu para a vinculação de amplos setores excluídos da atividades econômica.

Os seguintes planos de desenvolvimento incluíram a participação comunitária, relacionando-a à satisfação das necessidades básicas e à consecução do bem-estar, com a realização de atividades coordenadas por diversos setores, entre os quais destacam-se os de saúde e educação, de acordo com as mudanças estruturais simultaneamente realizadas neles.

A partir de 1991, com a promulgação da nova *Carta Política*, o país passa da democracia representativa à democracia participativa. Seu fundamento central é que os cidadãos não deleguem sua participação no futuro das localidades, mas sim que a exerçam através da eleição direta de prefeitos, governadores e membros das juntas administradoras locais e outras corporações. Assim, a participação não será apenas um direito consagrado da cidadania, mas sim um dever, a partir da perspectiva do sistema educativo formal e não-formal, para indicar seu exercício, dotando-a de conteúdos e técnicas precisas, no próprio plano da participação (motivação, direito a exercê-la, interesse cidadão).<sup>171</sup> Estes componentes adquirem novo poder com novas formas de participação, tais como a consulta popular e o referendo.

A democracia participativa surgiu com força no país, ligada ao processo de descentralização política, administrativa e fiscal, tendente a controlar a corrupção e as práticas que contribuíssem ao desenvolvimento defeituoso da democracia. Seus postulados direcionaram-se a que “a população há de participar das decisões de políticas de interesse coletivo”<sup>172</sup> entre elas os de serviços públicos e planos de desenvolvimento, que assinalam a participação como estratégia e ferramenta valiosa para que as comunidades tenham poder de decisão nas áreas econômica, política e social das suas localidades.

Assim, o discurso da democracia participativa é acompanhado por uma reivindicação do pequeno e do local. Os cidadãos e as comunidades são chamados para desempenhar papéis principais na reforma pública, de tal modo que, permanentemente, contribuam para a regulação das políticas de interesse coletivo, entre elas o da promoção da saúde.

Ao assentar as bases mínimas do exercício do poder político, que pertencia ao

---

<sup>171</sup> FERNANDEZ, C. *Formar para el siglo XXI*. Rev. Parcomún No. 2, ano 1. Antropos. Santafé de Bogotá. 1993, p. 14

<sup>172</sup> OCHOA, Doris. RESTREPO, Dario. *En que va la participación ciudadana y comunitaria?* Rev. Pa'l Comun No. 2, ano 1. Edições Antropos. Santafé de Bogotá, 1993, p. 5

Estado, produzem-se então mudanças estruturais nas instituições estatais. Este poder é a expressão de vontade que grupos de cidadãos depositam num líder, numa organização ou num partido e que atuam sobre os recursos públicos, materializam seus desejos, esperanças e, possivelmente, os sonhos de um projeto melhorado de vida de uma comunidade, de um grupo de cidadãos ou do conjunto da sociedade.<sup>173</sup>

As Juntas Administradoras Locais formam um novo órgão e um espaço concreto para a participação cidadã. Funcionam no âmbito da administração coletiva, em que o saber social comunitário desempenha papel preponderante. Essas Juntas constituem instrumentos para a construção da nova legitimidade do sistema político, a partir do município como célula política viva e real.<sup>174</sup>

No aspecto social, a Constituição de 1991 assinala as pautas para a alocação dos recursos que reforcem a participação comunitária. Para tal efeito, propõe a distribuição territorial do gasto público em proporção ao número de pessoas com necessidades básicas insatisfeitas, privilegiando as zonas com populações de maiores índices de pobreza, que terão prioridade na distribuição dos recursos.

No país há diversas disposições relativas ao dever das comunidades na participação de decisões relativas aos serviços de educação, saúde, serviços domiciliares e seguridade social, entre outros. Muitos dos aspectos que eram reivindicações de movimentos sindicais e cívicos ficaram plasmadas na norma constitucional.<sup>175</sup> Foram estabelecidas as ferramentas legais para a execução das políticas públicas nos espaços locais, através de pactos entre diversos atores.

O Plano de Desenvolvimento (1990-1994), denominado *La Revolución Pacífica* (A revolução pacífica), destaca, na participação comunitária, dois aspectos: o primeiro explicita com maior exatidão o sentido da participação, como meio para que as comunidades reconheçam os custos dos programas e serviços sociais e os assumam parcialmente; o segundo dá maior ênfase instrumental à participação.<sup>176</sup> Outorga também papel preponderante à descentralização, como elemento fundamental para obter maior eficiência na prestação dos serviços públicos e incluir as comunidades no manejo dos seus

<sup>173</sup> TORRES, Hernando. *Soberanía y participación*, p. 5

<sup>174</sup> UNIVERSIDADE NACIONAL DA COLÔMBIA. Faculdade de Enfermagem. Cendine. Doc. de trabalho. Santafé de Bogotá, 1993. P. 6

<sup>175</sup> GALINDO, Jesús. *Enfoque sociopolítico*, p.33

<sup>176</sup> BARRETO, Juanita. *Presencia de la expresión participación*, p. 155

problemas.

Existem tradicionalmente no país dois canais que operam como meios de expressão cidadã: por um lado, as corporações públicas e, pelo outro, a rede de organizações sociais que expressam o sentir das diversas camadas da população.<sup>177</sup> Estes canais têm sido utilizados para implementar processos de participação comunitária em setores como a saúde e a educação.

Quanto à participação comunitária, nos diversos *planos de desenvolvimento* destacam-se os seguintes aspectos:

- Predomina uma concepção instrumentalista da participação, mais assimilada a formas orgânicas como associações, comitês, desenvolvimento de atividades sociais e comunitárias.
- Não foram introduzidos elementos de promoção, educação social e política.<sup>178</sup> Atribuem-se às comunidades maiores funções no terreno da ação e, algumas vezes, de interlocução, mas poucas vezes lhes é dada a possibilidade de decidir.
- É necessário introduzir uma perspectiva que permita a construção da capacidade comunitária, acorde à sua própria dinâmica.
- Quem reconhece a importância de gestar processos de construção de comunidades indica a necessidade de criar condições que permitam desenvolver opções particulares de pesquisa, educação, organização e mobilização, de acordo com sua história, suas condições subjetivas e objetivas, desafios que não de ser assumidos pelas instituições<sup>179</sup> e pelos atores centrais desses processos.

Talvez seja este um dos temas mais importantes nos contextos nacional, regional e local, considerando os atuais processos sociais e políticos, que assumem o papel de desafios em termos de modernização da sociedade colombiana. Hoje, a participação cidadã é um imperativo constitucional numa sociedade sem tradição participativa.<sup>180</sup>

Este panorama exige a geração de processos de abertura para o desenvolvimento

<sup>177</sup> VELASQUEZ, Fabio. *Participación ciudadana: condición e instrumento de la democracia*. Universidade Nacional da Colômbia. Faculdade de Enfermagem. Educação e Administração, 1984, (mimeografado), p. 14

<sup>178</sup> LIEVANO, Adriana. *Participación ciudadana, un camino para el fortalecimiento de la sociedad civil*. Departamento de Trabalho Social. Faculdade de Ciências Humanas. Universidade Nacional da Colômbia (Tese de Graduação), Santafé de Bogotá D.C. 1991, pp. 198 - 204

<sup>179</sup> BARRETO, Juanita. *Presencia de la expresión participación*, p. 159



comunitário, por parte dos diversos estamentos envolvidos ou comprometidos no desenvolvimento das políticas públicas que se referem à participação e fortalecimento das comunidades.

Aqueles que ainda formulam propostas passivamente aceitas pela população serão substituídos por outros atores com métodos diferentes. A partir desta perspectiva, a gestão municipal surge como espaço essencial de operações, dada sua relevância na satisfação de necessidades como alimentação, saúde, trabalho, recreação e outros muitos elementos sanitários assistenciais. A municipalidade constitui o cenário favorável para a articulação de ações coletivas, em face dos problemas cotidianos dos seus habitantes.<sup>181</sup>

### 2.3.2 - A participação social em saúde

Ao longo da história, os homens que vivem em comunidade mantinham diferentes visões e maneiras para resolver os problemas de saúde. Por tratar-se de problemas da vida social, foi reconhecida, com clareza crescente, a significativa importância da ação comunitária na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, para a manutenção da saúde.<sup>182</sup>

A participação comunitária no desenvolvimento das políticas e programas de saúde iniciou-se formalmente no país a partir de 1961, para operacionalizar os pactos que, em matéria de saúde, foram acordados na reunião de Punta del Este (Uruguai). Ali, foi reconhecida a relação existente entre saúde e desenvolvimento econômico, nível de vida e bem-estar, situação que gerou uma série de acordos programáticos para tentar satisfazer as necessidades de cada país ou região.

Na Colômbia, com o estabelecimento do Sistema Nacional de Saúde (1975), foram criados os Comitês de Saúde, visando apoiar o desenvolvimento de programas de saúde. Foi promulgada uma legislação para possibilitar o funcionamento do sistema nas diversas unidades de saúde, de acordo com a estrutura vigente.

No mundo, a concepção de participação comunitária no setor saúde fortaleceu-se com as propostas adotadas na *Declaração de Alma Ata*, em 1978, como estratégia para

---

<sup>180</sup> FERNANDEZ, Carlos. *Formar para el siglo XXI*. Rev. Pa'l Común. No. 2, Edições ANTROPOS. Santafé de Bogotá, 1993, p. 14

<sup>181</sup> HERSH, Paul. *Participación social en salud*. pp. 678-688.

contribuir à redução das desigualdades sociais, com uma aproximação à co-administração das comunidades em saúde. A este respeito, expressou: “A atenção primária de saúde é assistência necessária essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente formuladas e socialmente aceitas, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias mediante a participação plena e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em cada uma das etapas de desenvolvimento e com espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação”.<sup>183</sup>

As orientações de Alma Ata foram retomadas para a organização dos serviços de saúde em diversos países. Este avanço fortaleceu-se com a adoção da política de promoção da saúde, através das estratégias de participação social e descentralização, plasmadas na atual normatividade da saúde. Assim, reconhece-se o fator saúde no âmbito internacional, como pioneiro na institucionalização de processos comunitários.

A saúde é um poderoso instrumento de promoção e fortalecimento de democracia e participação. No sentido amplo do termo, possibilita o desenvolvimento da sua dimensão social, atribuindo um espaço à política na organização, estrutura e exercício do poder da saúde.<sup>184</sup> Abrir a política ao cotidiano, ao bairro, aos líderes populares, aos usuários de serviços, às mulheres, aos profissionais e a toda organização social que tenha interesse particular nas políticas públicas.<sup>185</sup> Uma possibilidade que pode ser desenvolvida através dos processos gerados e propiciados em torno da promoção da saúde.

Inicialmente, a participação social/comunitária em saúde orientou-se exclusivamente ao desenvolvimento de atividades de educação em saúde, de auto-cuidado e de ações de incentivo à saúde, com ênfase no aspecto preventivo, coerente com o modelo de saúde em vigor. Impulsionou organizações como os Comitês de Participação Comunitária (Copacos). O decreto 1216 de 1989 atribuiu-lhes funções de planejamento, divulgação, concertação, coordenação, controle, vistoria e iniciativas em saúde. Neste processo, foram criados no país 3.250 COPACOS, tendo 41.986 vinculadas (80% dos programados para fins de 1989).<sup>186</sup> Como produtos de diversos processos comunitários e organizativos, foram criadas as boticas comunitárias, as unidades de reidratação oral comunitária (Urocs) e

<sup>182</sup> CARDONA, Alvaro. *Relación entre salud pública, seguridad social y funcionalidad del Estado*. Rev. Facultad Nacional de Saúde Pública, Vol. 13 (2). Universidade de Antioquia. Medellín. 1996, p. 35

<sup>183</sup> Organização Mundial da Saúde. OMS. *Salud para todos en el año 2000*. Washington, D.C. 1978, p. 12

<sup>184</sup> GUERRA de M. Carlyle. *Marco de referencia en la región de las Américas*. Em, *Crisis de la salud pública*, p. 242

<sup>185</sup> OCHOA, Doris. RESTREPO, Dario. *En que va la participación ciudadana*, p. 5

<sup>186</sup> Vejan- se as siguientes obras: VARGAS, Alejo. *Participación social, planeación y desarrollo regional*, p. 56 ; OCHOA, Doris. *La participaci(on social en el sistema de seguridad social*. Em *Universalidad de la salud*, p. 112

empresas solidárias de saúde (ESS).

A evolução das relações Estado-sociedade permitiu a implementação de diversas estruturas, que propiciam a participação, tais como:

- As canalizadoras da participação social como participação política.
- As que permitem a constituição de atores sociais e sua presença como atores políticos através da canalização e o processamento de demandas geradas por necessidades insatisfeitas.<sup>187</sup>

Em consequência, os processos de participação comunitária foram canalizados através de mecanismos organizativos, como formas associativas *sociais ou comunais*, que se constituem formal ou informalmente, desenvolvem-se em regiões camponesas e buscam, através da ação coletiva dos seus membros, com apoio governamental ou de entidades privadas, substituir ou ajudar o Estado na prestação de serviços. Entre elas, acham-se as Juntas de Ação Comunal e as comunidades eclesiais de base, cujo propósito básico é o melhoramento das condições de vida locais e setoriais, por convocação do Estado ou de outros agentes externos.<sup>188</sup>

Esta circunstância levou a circunscrever a participação comunitária e social ao âmbito eminentemente local e setorial e a executar políticas decididas previamente pelas instituições,<sup>189</sup> ou atividades específicas dos órgãos de saúde. Obviamente, este desvio restringiu o campo de ação dos comitês de participação comunitária, desmerecendo e desviando seus objetivos centrais.

Os processos de participação comunitária e social em setores como saúde, habitação, educação, conseguiram institucionalizar a demanda destes serviços, o que significa que a participação é um método de organização da população para demandar serviços do Estado. Sua principal eficácia talvez tenha sido gerar processos organizativos nas populações mais pobres e deprimidas. Nesse sentido, a participação visa fazer com que as políticas públicas contribuam para a satisfação das necessidades básicas insatisfeitas.<sup>190</sup>

O propósito fundamental da participação social é o fortalecimento dos grupos comunitários, como interlocutores do Estado, buscando o melhoramento da capacidade de

---

<sup>187</sup> VARGAS, Alejo. *Participación social, planeación y desarrollo regional*, p. 61

<sup>188</sup> *Ibidem*, p. 97

<sup>189</sup> OCHOA, D. RESPTREPO, D. *En que va la participación*, p. 5

<sup>190</sup> *Ibidem*, p. 5

formular políticas e a capacitação gerencial dos seus membros.

Há de reconhecer-se a participação social em saúde mais como um processo integral do que como um produto específico, o que implica provocar um impulso global da participação social na vida cotidiana. O poder das normas culturais para organizar a vida das pessoas está presente em numerosos elementos da cultura local, inclusive na área sanitária, não só em estreita relação com a medicina tradicional, mas também como todo o tecido da vida cotidiana.<sup>191</sup>

Para incidir diretamente nos assuntos públicos, deve-se redimensionar o sentido da participação social, privilegiando a capacidade real das pessoas, os grupos e as comunidades. Ou seja, essa transcendência vai além da elaboração e execução de projetos de co-administração, para permitir que os cidadãos ajam, decidam, vigiem e controlem a gestão do serviço público de saúde,<sup>192</sup> por meio de processos de negociação e concertação nos diversos espaços sociais. A promoção da saúde requer reconhecimento e incorporação, como fator facilitador para o desenvolvimento da participação social, partindo sempre da cultura local da saúde. É importante inscrever o trabalho de promoção da saúde e o trabalho assistencial em processos organizativos locais.<sup>193</sup>

A promoção da saúde não supõe uma proposta radicalmente nova na situação atual. Algumas propostas vigentes nas políticas públicas saudáveis para as comunidades têm sua origem no século XIX e estão relacionadas com a visão social da saúde. É essencialmente importante o modo com que as pessoas explicam, a partir da sua própria óptica, a saúde e a doença, para possibilitar a participação das comunidades na problemática saúde-doença.

As diversas declarações sobre a promoção da saúde não oferecem uma visão única de como tornar possível a ação comunitária. Seu desenvolvimento implica protagonismo dos não-técnicos, constituídos pela população em geral. Os peritos em Promoção da Saúde assinalam, como objetivo fundamental “a ênfase na ação”, só obtida com a participação das pessoas, para enfrentar os desafios da saúde coletiva. Não se trata somente da participação das pessoas, mas também da importância e magnitude das implicações da sua ação na manutenção da saúde e da vida, tanto no projeto de respostas e formulações,

<sup>191</sup> HERSCH, Paul. *Participación social*, p. 678 - 688

<sup>192</sup> VELAZQUEZ, Luis. *Formas y modalidades de la participación social en el sistema de seguridad social en Colombia*. III Foro de saúde comunitária. Santafé de Bogotá. Fundação Santafé. 1997, p. 105

<sup>193</sup> HERSCH, Paul. *Participación social*, p. 678 - 688

quanto em sua execução concreta.<sup>194</sup>

Portanto, o papel do setor saúde é criar, juntamente com as comunidades, as condições para as mudanças, aprendendo e não impondo, por meio do desenvolvimento de estratégias como a da promoção da saúde, criando processos de outorgamento de poder e, através deles, ajudar os grupos a expressarem as raízes históricas e culturais dos seus problemas, ouvir e dialogar. São os aspectos metodologicamente mais importantes para o desenvolvimento de processos comunitários sustentáveis a longo prazo. As práticas participativas que outorgam poder são:

- Apoiar as organizações comunitárias de base.
- Facilitar o acesso à tecnologia, informação e comunicação como elementos de suporte social.
- Desenvolver habilidades para a mobilização de recursos.
- Desenvolver confiança. Sem esta, não pode existir capacidade social.
- Construção da capacidade comunitária para obter o outorgamento de poder.<sup>195</sup>

Os processos participativos não de entender-se como forças mobilizadoras de ações, sustentadas por diferentes abordagens teóricas e conceituais, e por argumentações de tipo político, econômico, de sobrevivência ou satisfação de necessidades, que ressaltam as conveniências e inconveniências do seu desenvolvimento. Os princípios da participação social, no desenvolvimento de processos de promoção da saúde, são os seguintes:

- **Princípio de publicidade.** O primeiro requisito da democracia é a informação. Uma cidadania informada possibilita a construção social do interesse coletivo.
- **Princípio propositivo.** O incentivo da participação social permite e exige estimular a capacidade propositiva da sociedade, comunidades, grupos e cidadãos sobre as políticas públicas.
- **Princípio decisório.** Uma sociedade formada e informada dos dilemas das políticas públicas e com capacidade de estruturar propostas de democratização e desenvolvimento conta com os instrumentos e ferramentas para fazer valer seus pontos de vista nas decisões políticas.

---

<sup>194</sup> Ibidem, pp. 678 - 688

<sup>195</sup> RESTREPO, Helena. *Información y comunicación*, p. 107

- **Princípio primazia da sociedade.** Exige da sociedade responsabilidades parapúblicas, ou seja, participação social no interior das estruturas e políticas públicas. Vê a participação social como a via mais adequada para socializar as decisões sobre o desenvolvimento.
- **Princípio de solidariedade:** Envolver os particulares nos assuntos públicos, em uma regulação construída sob o princípio da solidariedade com os grupos sociais. Aspecto de grande valor no marco do sistema de seguridade social, porque a competência mal entendida nega a equidade e a justiça social.
- **Princípio de autonomia.** Desenvolve-se em mão dupla e leva a:
  - Manutenção irrenunciável das responsabilidades do Estado.
  - Para garantir a qualidade de vida dos cidadãos, a construção do aspecto público recursos conserva a responsabilidade absoluta do Estado na provisão do ambiente normativo,, programas e instituições implicadas na obtenção de bens públicos.
- **Princípio de interlocução:** O interlocutor social sempre estará para construir, pois não existe sociedade civil sem organização social.
- **Princípio de permanência ou institucionalização:** As convocações ocasionais à participação social não contribuem decisivamente para fortalecer o interlocutor social. A participação é um exercício permanente. A permanência é requisito para fortalecer a capacidade de formulação de políticas públicas para a sociedade. É fazer dela um direito consagrado e não submetido ao capricho de funcionários.
- **Princípio de integralidade:** A participação social deve ser exercida no planejamento de políticas setoriais nas diversas entidades territoriais. Há de ser um exercício validado na execução específica de projetos específicos, que superem a atomização e a dispersão social.<sup>196</sup>

Estes princípios são orientadores para gerar processos auto-sustentáveis de participação. Oferecem às comunidades a possibilidade de participarem na análise das suas necessidades e problemas e na busca de alternativas de solução, através da vinculação aos processos de planejamento local participativo.

---

<sup>196</sup> Editorial, Rev. Parcomún No. 4 ano 3. Santafé de Bogotá, 1993, pp. 4 – 5

A participação social é um processo qualitativo que concentra certas mudanças fundamentais na maneira de pensar, de atuar. A qualidade intangível da participação desafia toda tentativa de quantificação. Como processo substantivo, implica ganhar o controle do processo saúde-doença, melhorar a atenção e ser motivo de avaliação, aumentar a capacidade de acesso à tomada de decisões em assuntos públicos. Um conjunto social que tenha obtido poder ou se ache em tal processo modifica qualitativamente sua relação com a problemática de saúde e as instâncias sanitárias.<sup>197</sup>

Entendendo a participação social como o conjunto de processos reflexivos contínuos, baseados na acumulação da experiência, as comunidades organizam-se e defendem seus interesses, determinam suas necessidades e prioridades e intervêm na realidade para alcançar seu bem-estar.<sup>198</sup> Isto não se obtém somente com a defesa do direito ao acesso, à qualidade e à oportunidade dos serviços de saúde para toda a população, pois se a participação se limita tão somente à consecução de serviços de saúde, permanecemos afastados dos problemas complexos que deterioram a saúde e a vida das comunidades.

Por conseguinte, é necessário que, ao abordar a participação social em saúde, seja primeiramente esclarecido seu conceito pelos diversos atores implicados no processo; e, depois, quais ações de participação acham-se relacionadas com a saúde, quais não, e quais são nossos compromissos. A verdadeira participação em saúde parte do modo em que uma comunidade específica concebe a saúde.

Este desafio é atraente mas complexo, porque implica incorporar a participação das comunidades aos sistemas de saúde, ou seja, criar as condições que possibilitem implementar a normatividade existente. Esta ação deve ser assumida, fundamentalmente, pelas equipes de saúde, partindo de uma mudança de atitude e paradigmas para criar espaços de maior horizontalidade nas relações de poder, compartilhados com as comunidades. Isto é, fazer com que a participação social alcance seu verdadeiro sentido se:

- Propicia e estimula o fortalecimento da imaginação criadora, ultrapassando a simples execução.
- Consegue ser pensada e pensar-se a si mesma, rompendo esquemas bipolares.
- Cria espaços para romper a lógica linear e a fragmentação.

---

<sup>197</sup> HERSCH, M. Paul. *Participación social en salud*, pp.678 - 688

<sup>198</sup> ROZENTAL, Manuel. *Participación social en el desarrollo de la salud, actividades y tendencias*. III Foro de saúde comunitária. 1997, p. 42

- Busca gerar mudanças nas relações de poder.
- Cria condições para contextualizar as situações conjunturais.
- Estimula a reconstrução crítica da história a partir de e em cenários individuais e coletivos.
- Leva a pensar na cotidianidade, assumindo os riscos que isto implica.
- Vincula-se a processos de ampliação e radicalização da democracia.
- Faz possível reverter a noção tradicional de “Modelos de desenvolvimento”, para “Opções de vida”, talvez como um possível regresso, que não é imposto nem importado.
- Consegue vincular-se a processos sociais orientados ao reconhecimento das diferenças.
- Cria condições para assumir a diversidade de pensamento e de ação, bem como conferir valor e legitimidade ao conflito mutacional.
- Está orientada para buscar e encontrar os mecanismos que gerem solidariedade.

199

Estas possibilidades estão dadas, em parte, no novo modelo de saúde que abre espaços à construção de um conjunto de modelos participativos de ação sanitária. A participação social ou comunitária em saúde deve ser pensada, projetada e extraída partindo dos seguintes aspectos:

- O conhecimento de outras alternativas de gestão pública permite aos grupos sociais emergentes a aquisição de novas motivações para exercer um papel político.
- Torna-se necessário avançar na construção de projetos que propiciem maior autonomia, direito à própria vida e a cultivar o exercício da participação.
- Desenvolver uma vontade coletiva capaz de gestar uma nova institucionalização da participação social, que favoreça a convergência e a articulação entre as ações do Estado e a sociedade civil, oportunidade que é oferecida pela promoção da saúde.

---

<sup>199</sup> BARRETO, J. Citada por SOLER N. *El vaivén del cambio*. Rev. Parcomún, No. 4, Santafé de Bogotá, 1996, p.11



Na promoção da saúde, a comunidade é considerada fonte de informação, um nível de decisão ou um recurso para a execução de ações e é participante, marco no qual os técnicos, enquanto “detentores do saber” colocam-se ao nível da comunidade (trabalham **com** a população e não **sobre** a população), estabelecendo-se assim um fluxo multidimensional de comunicação dinâmica de conhecimentos, atitudes, decisões e ações entre atores envolvidos.<sup>200</sup>

---

<sup>200</sup> LOPEZ, Luis y ARANDA, José. *Promoción de la salud un enfoque*, p. 13

## CAPÍTULO III

### O PROCESSO INVESTIGATIVO

#### 3.1 - Desenho metodológico

O presente estudo está enquadrado nos parâmetros da pesquisa qualitativa. Esta tendência permite reivindicar as realidades subjetivas e intersubjetivas como objetos legítimos do conhecimento científico e a vida cotidiana, como cenário básico de construção, constituição e desenvolvimento dos diferentes planos que integram essas realidades, como dimensões específicas do mundo.<sup>1</sup>

Na essência, a pesquisa qualitativa é formada por dimensões objetivas (inerentes à institucionalização, à legalidade e à conservação de uma ordem histórica modificável) e dimensões subjetivas (relativas à forma como o homem se conhece e interpreta a realidade por ele construída).<sup>2</sup>

A característica fundamental do método qualitativo é conceituar o elemento social como realidade construída, regida pelas leis sociais, isto é, por uma normatividade cultural cujas propriedades são diferentes das leis naturais (Money & Singer, 1988, citado por Bonilla E. & Rodriguez, P., 1997).

Este tipo de pesquisas tenta aproximar-se globalmente das situações sociais para explorá-las, descrevê-las e compreendê-las de maneira indutiva, a partir do conhecimento das pessoas ali envolvidas, pressupondo que os indivíduos interagem com outros membros do seu contexto social, compartilhando o significado e o conhecimento que têm de si

---

<sup>1</sup> SANDOVAL, Carlos, *Investigación cualitativa*, Programa de especialização em teoria, métodos e técnicas de pesquisa. Instituto Colombiano de Fomento da Educação Superior. Santafé de Bogotá, 1997, p. 17

<sup>2</sup> BONILLA, Elsy, RODRIGUEZ, Penélope. *Más allá dei dilema de los métodos*, p. 28

mesmos e da sua realidade.<sup>3</sup>

Neste estudo, a seleção da opção metodológica foi baseada nas seguintes considerações:

**Primeira:** A temática escolhida para a pesquisa pretende, a partir dos problemas vitais de agentes sociais particulares definidos, contextualizar os processos saúde-doença, desvendar os processos que intervêm no fato de sentir-se são ou doente, aprofundar-se nos fatores relativos à busca e seleção de ajudas para resolver necessidades e problemas de saúde expressos na vida cotidiana.<sup>317</sup>

**Segunda:** A revisão deste tipo de estudos no últimos quatro anos demonstrou que eles contribuíram para:

- Compreender a percepção e o entendimento das pessoas sobre a saúde, a doença e a promoção da saúde.
- Identificar as estratégias e mecanismos desenvolvidos para enfrentar as situações relativas à saúde.
- Explorar e analisar as políticas sociais e de saúde.<sup>4</sup>

**Terceira:** No campo da saúde, a pesquisa qualitativa é considerada determinante para a aceitação dos serviços, conservação e controle de doenças no nível de atenção primária nos serviços de saúde. A participação de pessoas e grupos constitui a pedra angular para o sucesso na implementação de diversos programas de atenção à comunidade.<sup>5</sup>

**Quarta:** Este tipo de pesquisas busca:

- Entender uma situação social como um todo, considerando suas propriedades e dinâmica.
- Propor um processo indutivo, tratando de dar sentido a cada situação segundo a interpretação dos informantes, sem impor preconceitos ao problema analisado.<sup>6</sup>

**Quinta:** Neste estudo a temática insere-se na denominada atividade de construção

<sup>3</sup> Ibidem, p. 29

<sup>317</sup> DE LA CUESTA, C. *Investigación en salud: Reflexiones en torno a los trabajos de Testa y Navarro*. Rev. Facultad Nacional de Saúde Pública. Universidade de Antioquia, 13 (2), Medellín. 1996, p. 56

<sup>4</sup> Ibidem, p. 59

<sup>5</sup> PARDO, G., CEDEÑO, M. *Investigación en salud. Factores sociais*. McGraw-Hill, Santafé de Bogotá, 1997, p. 183.

de pensamento, que tem duas etapas:

- Individual, na qual só é possível desenvolver significados com o intercâmbio social.
- Coletiva, utilizada como estratégia para enriquecer as concepções de cada pensamento. O conhecimento intersubjetivo nasce do intercâmbio de idéias, ou seja, do que é socialmente comunicável por meio de representações (gestos, escritura e as diversas formas de comunicação). Portanto, o trabalho de grupo é um espaço de validação,<sup>7</sup> pois só pela via dialogal ou dialética será possível aproximar-nos do conhecimento da natureza, sendo a verdade um produto social.<sup>8</sup>

Este estudo foi realizado no contexto da fase coletiva, coerente com os objetivos e a construção teórica. Nesse processo, é indispensável que a definição dos problemas e necessidades de saúde seja determinada em conjunto com a comunidade e a equipe de trabalho, passando além das formas tradicionais utilizadas pelos serviços de saúde, nas quais as necessidades de saúde não têm auto-expressão: são avaliadas indiretamente pelos agentes sociais.<sup>9</sup> As pesquisas em grupo ou coletivas facilitam e dão resposta mais ampla às situações apresentadas, obtendo maior aplicabilidade.<sup>10</sup>

**Sexta:** A relação existente entre ciências sociais e saúde não é incomum; trata-se de uma discussão que começa na modernidade, com duas tendências:

- Articulação social, cultural e psicológica, com fatores predisponentes para os processos de saúde doença. Nesta direção, desenvolveu-se a epidemiologia multicausal.
- Medicina social: desenvolveu a teoria social da saúde. Esta tendência busca a construção de diversos espaços metodológicos e teóricos. Uma das suas tarefas é definir o papel da cotidianidade do indivíduo comum e sua vida particular em

<sup>6</sup> BONILLA, Elsy; RODRIGUEZ, Penépole. *Más allá del dilema de los métodos*, p. 62

<sup>7</sup> BAUTISTA, G. RODRIGUEZ, L. *La ciencia como actividad de construcción de explicaciones*. Em representações sobre ciência e conhecimento. Cadernos sobre história e ensino das ciências. No. 2. Universidade Pedagógica Nacional. Santafé de Bogotá, 1996, p. 62.

<sup>8</sup> CASSIRER, Ernst. *Antropología filosófica*. 2. ed. Fondo de cultura econômica. Santafé de Bogotá: Panamericana 1996, p. 21.

<sup>9</sup> SAN MARTIN, Hernán. PASTOR, Vicente. *Economía de la salud*, p. 171

<sup>10</sup> PARDO, G; CEDEÑO, M. *Investigación en salud*, p. 13

processos sociais.<sup>11</sup>

**Sétima:** Para as ciências contemporâneas, certos campos de estudo, entre eles a promoção da saúde, continuam sendo um desafio teórico-metodológico e de intervenção.<sup>12</sup> Portanto, os processos investigativos devem buscar mecanismos que visem referenciais teóricos e estratégias para seu desenvolvimento em diversos contextos.

**Oitava:** Os estudos mais ou menos sistemáticos dos episódios da vida cotidiana são aplicados no conhecimento de certas estruturas do comportamento individual ou coletivo das pessoas, em aspectos tais como:

- Pesquisas das doenças e da vida do dia-a-dia.
- As ciências sociais vêem a vida cotidiana de maneira predominantemente negativa e há poucas publicações psicológicas e sociológicas sobre a cotidianidade feliz.
- Existem acontecimentos críticos da vida diária, tais como mudanças, desemprego e outros, que interrompem seu curso. As cargas positivas e negativas críticas sucedem-se na vida cotidiana devido às preocupações com o futuro, a vida e a saúde de um membro da família.<sup>13</sup>

O projeto metodológico deste estudo estará baseado em três eixos principais. (Figura 2).

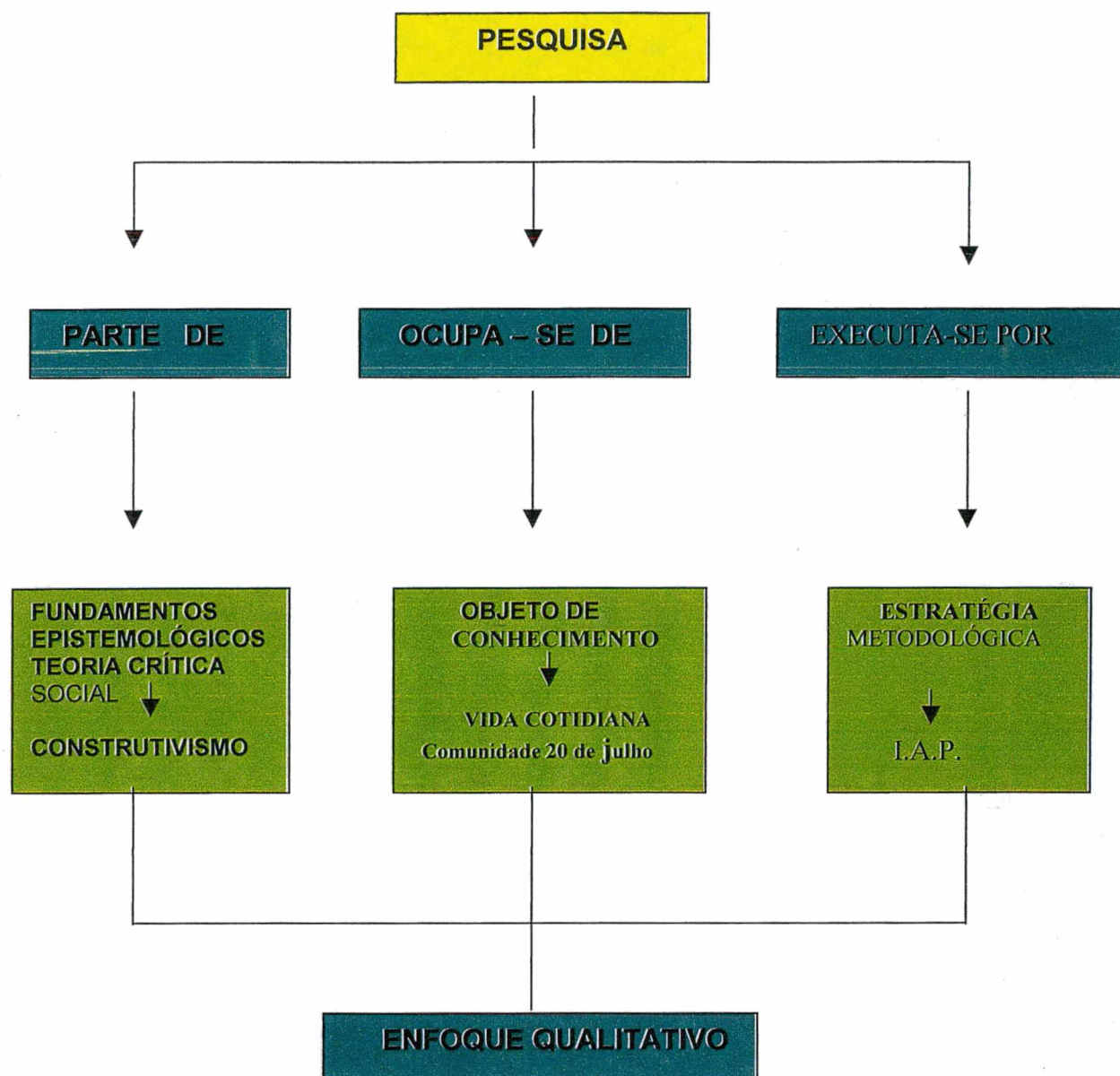
---

<sup>11</sup> HERNÁNDEZ, Mario; QUEVEDO, Emilio. *Historia, ciencias sociales y educación médica*. Em: Educação médica e saúde. Vol. (26), Washington, D.C. OPS/OMS, 1992, pp. 35-50

<sup>12</sup> FALS BORDA, O. (Comp.) *Participación popular*. Desafios do futuro. 1 ed. ICFES, IEPRI, COLCIENCIAS. Santafé de Bogotá, 1998, pp. 9-14

<sup>13</sup> LEHR, Ursula; THOMAE, Hans. *La vida cotidiana*, p. 240

Figura 2 - Projeto metodológico geral



### 3.1.1. Fundamentos epistemológicos: o construtivismo e a teoria crítica social

O ponto de partida do estudo está dado pelos fundamentos epistemológicos do construtivismo com suporte da teoria crítica social, propondo que o conhecimento é desenvolvido:

- Através de um processo de construção e reconstrução ativa da teoria e prática dos

que nele intervêm.

- Implica uma comunicação simétrica e supõe uma teoria democrática da ação política, formulada em livre compromisso para a ação social e o consenso sobre o que se deve ser e o que se deve fazer.
- Não se trata apenas de uma teoria do conhecimento; demonstra também que o conhecimento está ligado à prática.<sup>14</sup>

O conhecimento, como fenômeno social, é representado pelo conhecimento comum pré-teórico - aquilo que os indivíduos conhecem como realidade em sua vida cotidiana - e pelo conhecimento científico. Acha-se historicamente determinado e tem valor inquestionável como ponto de referência do comportamento e da ordem social existente<sup>329</sup> nos diversos contextos da vida das comunidades.

A teoria crítica social sustenta que a ciência social é humana, social e política. Humana, no sentido de requerer um conhecimento ativo daqueles que intervêm na prática da vida social. Social, no sentido de influir na prática através de processos sociais dinâmicos de comunicação e interação. Política, porque as ações que se realizam dependem da maneira de controlar os processos sociais do saber e do fazer em situações determinadas.<sup>330</sup> É também catalogada como histórica, auto-reflexiva, crítica, prática e participativa.<sup>331</sup>

Existe um tipo de conhecimento proveniente da reflexão e da ação, que possibilita deliberar sobre assuntos referentes ao que é correto e justo. Este conhecimento faz parte da essência da vida humana e, às vezes sua busca tem sido relegada e ignorada na implementação de políticas públicas.

A pesquisa crítica ajuda os indivíduos a apresentarem problemas sobre a realidade que os rodeia, à luz do que desejam alcançar como seres sociais, dotados de confiança em si mesmos e com senso de autodeterminação. Neste caso, a pesquisa tem a ver com assuntos relativos às oportunidades que temos, como membros da sociedade e a compreensão dos obstáculos sociais que se opõem à obtenção de projetos saudáveis de vida. Dá lugar a questionamentos das políticas sociais - oficiais em todos os níveis da

<sup>14</sup> CARR, W.; KEMIS, S. *Teoría crítica de la enseñanza*. Martinez Roca, Barcelona 1988, p. 25.

<sup>329</sup> BONILLA, E.; RODRIGUEZ, P. *Más allá del dilema de los métodos*, p. 30

<sup>330</sup> CARR, W.; KEMIS, S. *Teoría crítica*, p.30

<sup>331</sup> TORRES, Alfonso. *Enfoques cualitativos e participativos en investigación social*. Universidade Nacional Aberta e à Distância, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Santafé de Bogotá, 1997, p. 121



sociedade, a modo de resposta às necessidades das comunidades, através de decisões em foros públicos<sup>332</sup> como resultado eficaz de participação cidadã.

À medida que surge a ação do conhecimento crítico, surgem também as possibilidades de transformar certa situação. A consciência crítica manifesta-se ao analisar a situação problemática e ao comprometer-se com as ações para modificar a situação objeto de reflexão e análise. Os pressupostos de auto-reflexão e de ilustração na ciência crítico-social expressam-se na participação ativa dos interessados, para entender e resolver situações problemáticas. Por isto, as únicas pessoas capazes de decidir a pertinência da teoria e a orientação das ações práticas são as que se acham envolvidas e que agem autônoma e racionalmente.<sup>15</sup>

O desenvolvimento de processos de criação de conhecimento ou saber está relacionado com soluções de problemas teóricos e práticos, que de um ou de outro modo afetam o grupo social ou as comunidades que se desenvolvem em um dado tempo e espaço.<sup>334</sup> O exame crítico significa que os indivíduos chegam a compreender as causas das suas misérias e as possibilidades de tratá-las instrumentalmente. Refletindo sobre estas causas, enraizadas historicamente em ações humanas, também podem compreender que as coisas não têm que permanecer como estão e que é possível comprometer-se em ações que modifiquem a realidade.<sup>335</sup> A compreensão do social como realidade objetiva está determinada por:

- As instituições, ou seja, os modelos de comportamento padronizados, que são apreendidas como guias de comportamento social e que se reiteram permanentemente no transcurso da vida cotidiana.
- A linguagem, como conduto para o desenvolvimento da vida social.<sup>336</sup>

Consequentemente, os elementos propiciadores para que a crítica se converta em ação são fundamentais. A ação em saúde é encontrar as oportunidades, para, com as comunidades, serem analisadas suas condições e identificadas suas prioridades, podendo

---

<sup>332</sup> PARK, PETER. *Qué es la investigación participativa? Uma perspectiva teórica e metodológica*. Universidade de Massachusetts. Amherst. 1989. Trad. Salazar, M.C. Universidade Nacional da Colômbia. PRIAC. Santafé de Bogotá, 1990, p. 9.

<sup>15</sup> TORRES, Alfonso. *Enfoques cualitativos*, p. 21

<sup>334</sup> GRATEROL, Martín. *Paradigmas y creación de conocimiento*. Nações neoliberais. Universidade de Carabobo. 1996, p. 6

<sup>335</sup> PARK, Peter. *Qué es la investigación participativa? P. 10*

<sup>336</sup> BONILLA, E; RODRIGUEZ, P. *Más allá del dilema de los métodos*, p. 28



assim expressar livremente suas realidades, apresentar propostas viáveis<sup>16</sup> que contribuam ao seu desenvolvimento para obter uma vida saudável.

No enfoque crítico-social, reconhece-se a pesquisa - ação - participação como alternativa metodológica. Posto que a finalidade última da Pesquisa Ação Participação é alcançar uma sociedade mais justa, na qual não existam pessoas que sofrem por não poderem satisfazer as necessidades essenciais da vida (habitação, alimentos, saúde). Além disso, age como uma intervenção catalítica nos processos de transformação social. Seu significado social e político não repousa na produção de conhecimento técnico e estreito para o controle de realidades físicas e sociais. Os teóricos e praticantes utilizam diferentes termos ao referir-se a este tipo de pesquisas, tais como: *dar poder, consciência crítica, transformação, conscientização, diálogo, ação social, participação*, termos resultantes das experiências participativas em ações coletivas.<sup>17</sup>

### **Pressupostos teórico-metodológicos do construtivismo**

Como posição epistemológica, o construtivismo concebe o homem como um ser construtor do conhecimento.<sup>18</sup> O ser humano é o único que tem condições de construir significados de si mesmo, do mundo exterior, plasmados em signos, negociações culturais, mediante a comunicação. Todas as construções intelectuais do ser humano são históricas, não são instantâneas, obedecem à experiência como pessoa, tanto nos espaços cotidianos do ser no mundo, quanto na atuação cultural.<sup>19</sup>

O ser humano em comunidade constrói seus saberes, suas estruturas conceituais e metodológicas em relação à cultura, como elementos para regular suas relações consigo mesmo, com a sociedade e a natureza.<sup>20</sup> Assim, o conhecimento não se adquire nem se recebe, nem é uma cópia da realidade, mas é uma construção dos sujeitos no contexto de um grupo social, utilizando diversos mecanismos que exigem criatividade, imaginação, reflexão, discussão, observação e crítica. É dizer que se constrói a partir da ação.<sup>21</sup> J. D. Novack, (1988), citado por Gallego R, (1996, p. 19) assinala esta corrente intelectual como o marco conceitual metodológico emergente, que está despertando consenso entre aqueles

<sup>16</sup> FALS BORDA, O. (Comp.) *Participación popular.*, p. 120

<sup>17</sup> PARK, PETER. *Qué es la investigación participativa?*, p. 5

<sup>18</sup> ESCOBEDO, H. *El constructivismo está de moda?* Em *Educación e Cultura*. 41. Fecode, Santafé de Bogotá. 1996, p. 63

<sup>19</sup> GALLEGO, Rómulo. *Discurso sobre el constructivismo*. P. 27

<sup>20</sup> *Ibidem*, p. 20

que têm buscado saídas investigativas.

O construtivismo como movimento intelectual sobre o problema do conhecimento, configurou-se desde os pré-socráticos. Surge com força na década de 80, com o pós-modernismo e a crise de paradigmas.<sup>22</sup> Atualmente, pensa-se que, com as propostas da abertura econômica e a globalização do mercado,<sup>23</sup> o construtivismo constitui uma alternativa no desenvolvimento de processos investigativos.

O construtivismo implica ação e o conhecimento constrói-se a partir desta; cria-se uma relação que permite aos sujeitos a construção de nexos entre as coisas e os objetos do mundo. No processo de construção das interações entre as coisas e os sujeitos, obtém-se como produto o mundo denominado objetivo; interagir com ele e pensar sobre ele é o processo que gera conhecimento.

Cada novo conhecimento integra-se ao já existente, formando o que se denomina rede conceitual, de modo que o conhecimento adquirido constitui o repertório com o qual os sujeitos manejam e interpretam o mundo.

O processo de construção de conhecimento é algo que se dá permanentemente nos sujeitos. O conhecimento é uma criação compartilhada a partir da interação entre o objeto e o sujeito de pesquisa. As ações, pensamentos e conhecimentos sociais são construções sociais, podendo-se assinalar que tudo é construído socialmente.<sup>24</sup>

A criação contínua de significados e realidades são fenômenos intersubjetivos, que se dão na vida cotidiana. É uma possibilidade dada pelo construtivismo, ao privilegiar o social. Daí a necessidade de compreender que o sentido da ação social no contexto da vida cotidiana a partir da perspectiva dos atores constitui o elemento de enlace de diversos paradigmas qualitativos.<sup>25</sup>

A abordagem construtivista permite a recuperação da subjetividade como espaço de construção da vida humana, a reivindicação da vida cotidiana como espaço essencial para compreender a realidade sociocultural, onde a intersubjetividade e o consenso constituem

---

<sup>21</sup> LUCIO, R. *El enfoque constructivista en educación*. Rev. Educación e Cultura No. 34 Fecode. Santafé de Bogotá, 1994, p. 8

<sup>22</sup> KINSERMAN, Natalio. *Pensar el trabajo social*, p. 121

<sup>23</sup> GALLEGO, Rómulo. *Discurso sobre el constructivismo*, p. 73

<sup>24</sup> KINSERMAN, Natalio. *Pensar el trabajo social*, p. 185

<sup>25</sup> *Ibidem*, p. 124



veículos para alcançar o conhecimento.<sup>26</sup>

A legitimação do conhecimento construído faz-se por meio de alternativas metodológicas do tipo Pesquisa - Ação - Participação através da construção de consensos, onde adquirem importância o diálogo e a intersubjetividade. A subjetividade é concebida como um meio e não como um obstáculo nos processos de produção de conhecimento.

O construtivismo, ao substituir o sujeito-objeto, remete-se a pessoas situadas histórica e culturalmente num determinado contexto, dando-se uma relação sujeito-objeto simétrica, denominada vivência participante horizontal ou relação dialógica<sup>27</sup> de sujeito-sujeito para pesquisar e atuar. O sujeito se reconhece e participa ativamente com outros grupos da comunidade no desenvolvimento de ações claramente emancipadoras. O elemento novo não é que os sujeitos envolvidos no processo questionem suas condições e busquem melhores meios para seu bem-estar e o da comunidade, mas sim o de condução do processo como uma atividade intelectual.

A objetividade é alcançada no âmbito coletivo, produto da crítica mútua e a eliminação da característica individual, através da confrontação ideológica, chegando a buscar acordos intersubjetivos.

A indagação é orientada por projetos denominados emergentes<sup>28</sup> (em contraposição a projetos prévios), que se estruturam a partir dos sucessivos achados no decurso da pesquisa. Estão inspirados no conceito de alteridade, através do reconhecimento e validação do saber do outro. Os paradigmas emergentes possibilitam articular a ciência com a consciência e o coração ao ritmo da razão.<sup>29</sup>

A validação das conclusões faz-se a partir do diálogo, interação, vivência, consenso e interpretação das evidências.

A construção do objeto do conhecimento é um processo de esclarecimento contínuo em cada pesquisa em particular. Este processo é retroalimentado pela confrontação permanente das realidades intersubjetivas que surgem entre o pesquisador e os atores num consenso dado, assim como na documentação teórica pertinente.

O pensamento construtivista identifica-se mais com a abordagem indutiva, que

<sup>26</sup> SANDOVAL, Carlos. *Investigación cualitativa*, p. 17

<sup>27</sup> FALS BORDA, O. (Comp), *Participación popular*, p. 171

<sup>28</sup> SANDOVAL, Carlos. *Investigación cualitativa*, p. 28

<sup>29</sup> FALS BORDA, Orlando. (Comp) *Participación popular*, p. 203

procura compreender os eixos orientadores do comportamento<sup>30</sup> humano. Não desconhece a abordagem dedutiva.

O processo investigativo constitui um multiciclo flexível.

O construtivismo não é uma proposta monolítica; tem matizes diversos, entre outros: construtivismo social, construtivismo didático. A pesquisa não é um meio para avaliar nem para invalidar as hipóteses gerais, mas sim um processo segundo o qual podem-se conhecer e definir problemas sociais acordes aos atores envolvidos.

As pesquisas desenrolam-se no meio natural e com enfoque integral, no qual a compreensão do social se faz buscando a totalidade e não a separabilidade,<sup>31</sup> porque seu centro é a solução de problemas reais, locais, setoriais e conjunturais de um grupo humano dentro de um contexto social histórico.

A validade e a confiabilidade são abordadas a partir da veracidade dos dados e a credibilidade da análise, dada pela implicação do pesquisador no estudo, as descrições densas e a transcrição total dos dados, no marco do exame indutivo/dedutivo de resultados, determinados pela prática<sup>32</sup> investigativa.

Constrói-se a verdade a partir da argumentação, do diálogo comunitário, adquirindo importância tudo aquilo que é legitimamente convocado. Adquirem vigência as propostas de Agnes Heller sobre a verdade nas ciências sociais, no sentido de que ela pode ser alcançada por acordos entre um pesquisador e seu participante investigativo, porque o conhecimento é construído socialmente.

### **3.1.2 - A opção metodológica**

A articulação conceitual e metodológica realiza-se em torno da problemática sentida e expressa pelo grupo participante da pesquisa, a partir da qual se propõe uma resposta metodológica para enfrentar os problemas identificados. No caso que nos ocupa, foi selecionada a pesquisa - ação - participação.

### **3.1.3 - Objeto do conhecimento**

Assumindo que o conhecimento é uma criação compartilhada, a partir da interação entre o pesquisador e o pesquisado, na qual os valores são mediadores ou influem em sua

---

<sup>30</sup> BONILLA, E; RODRIGUEZ, P. *Más allá del dilema de los métodos*, p. 51

<sup>31</sup> DE LA CUESTA, Carmen. *Investigación en salud*, p. 52

<sup>32</sup> FALS BORDA, Orlando (Comp.) *Participación popular*, p. 194



construção, é preciso inserir-se na realidade objeto de análise para poder compreender sua lógica interna e sua especificidade.

Esta pesquisa ocupa-se do conhecimento da vida cotidiana ou modo de vida da comunidade do Bairro 20 de Julio. Segundo suas necessidades, interesses, motivações e satisfações, será possível fazer com que a promoção da saúde constitua uma ferramenta para construir e desenvolver projetos saudáveis de vida.

A pesquisa foi executada segundo a estratégia metodológica pesquisa - ação - participação (IAP), surgida das ciências sociais, especialmente da sociologia. Estas disciplinas adquiriram a posição e a capacidade para prognosticar e intervir na vida cotidiana. Espera-se que as ciências sociais contribuam aos processos de implementação das políticas públicas.<sup>33</sup>

Seu reconhecimento e legitimação, como alternativa metodológica com identidade própria permite-lhe, atualmente, ocupar um espaço, tanto nas comunidades acadêmicas como em processos de desenvolvimento social e inovação educativa, através dos trabalhos desenvolvidos por John Keeves e por organizações internacionais como a OMS, a Organização das Nações Unidas para a Ciência e a Cultura, UNESCO, onde esta metodologia foi selecionada como ferramenta valiosa para promover processos de desenvolvimento comunitário.

• O enfoque participativo supõe:

- Reler, recuperar e sistematizar experiências desde e com os participantes.
- Concertar e negociar.
- Passar além da pesquisa, realizando ações de acompanhamento<sup>34</sup> que propiciem o desenvolvimento das comunidades.

Ela parte da premissa de que o indivíduo comum é capaz de observar metodicamente sua realidade, conhecê-la, analisá-la e transformá-la. Em lugar de ser objeto do processo investigativo, converte-se em sujeito do seu próprio desenvolvimento, isto é, está capacitado para enfrentar e encontrar resposta aos problemas diários de sobrevivência.

Como processo, busca integrar a problemática da vida cotidiana, o conhecimento

---

<sup>33</sup> Ibidem, p. 26

<sup>34</sup> PEDRAZA, Betty. *Red de investigación comunitaria*. Rev. Parcomún, No. 4. Santafé de Bogotá, 1996, p. 25

popular da comunidade e o conhecimento científico, para explorar novas iniciativas e fazer face a diversos problemas. Assim é gerado o conhecimento coletivo, que promove a participação dos grupos comunitários, para organizar-se e tomar decisões, baseadas em situações concretas que resgatam sua criatividade e aumentam sua capacidade resolutiva da problemática cotidiana.

Esta estratégia converte o conhecimento em seu núcleo essencial, permite que as pessoas se capacitem para desenvolver habilidades investigativas, com o fim de decidir e transformar, por si mesmas, as condições de vida. Além disso, é o recurso metodológico mais idôneo, porque integra a contribuição crítica dos diferentes participantes em experiências analisadas. Assegura assim a validade e a pertinência social dos resultados obtidos.<sup>35</sup>

Sua perspectiva focal é a obtenção do uso do poder, através da produção e da utilização do conhecimento dos setores sociais,<sup>36</sup> para obter assim o reconhecimento social e a capacidade comunitária na tomada de decisão no nível político administrativo.

As três preocupações fundamentais da pesquisa - ação - participação são:

- A necessidade de integrar os níveis (micro - macro), ou seja, reconhecer que o elemento individual não pode ser sacrificado em prol do aspecto coletivo e vice-versa.
- O compromisso para resgatar o papel protagônico e autônomo dos indivíduos, que constituem as bases sociais, tanto na pesquisa (produção de conhecimento) requerida para compreender os problemas, quanto na ação (uso do conhecimento) para resolver a problemática.
- Reconhecer que a ciência não pode converter-se em um fetiche, em cujo nome os pesquisadores podem tyrannizar os pesquisados.<sup>37</sup>

As características mais destacadas desta estratégia metodológica são:

A pesquisa-ação situa-se na tendência global de precisar e enfatizar a participação como estratégia nos esforços de desenvolvimento e transformação social. Esta orientação

<sup>35</sup> PERDOMO, Gloria. *La investigación acción participante como estrategia para la capacitación y evaluación de la educación sanitaria*. Cadernos de saúde pública (10), Rio de Janeiro, 1994, pp. 331-338

<sup>36</sup> SANDOVAL, Carlos. *Investigación cualitativa*, p. 62



tem relevância para grupos marginalizados por:

- Resposta histórica às necessidades sentidas, com o fim de dar significado concreto à participação destes grupos.
- A participação é o elemento chave, uma necessidade de adequar os programas neste âmbito às necessidades reais dos grupos específicos.
- É uma nova praxis, apresentada como opção metodológica e enfoque estratégico para a ação.<sup>38</sup>
- Representa um esforço integrado de desenvolvimento integral, através de ações da comunidade e não do pesquisador.

O conceito de pesquisa e ação com participação da comunidade tem sido desenvolvido, especialmente, nos países do terceiro mundo, para incentivar uma transformação. Baseia-se nos seguintes princípios:

- Todas as pessoas são capazes de pensar e trabalhar juntas em prol de uma vida melhor.
- Os conhecimentos, técnicas e recursos devem ser compartilhados para alcançar distribuição e estrutura equitativas.<sup>39</sup>

Instrumentos e técnicas: os grupos nos processos de pesquisa participativa podem ser utilizados instrumentos e técnicas diferentes. As técnicas são instrumentos de trabalho que servem de ponte entre nós e essa realidade, para construir o objeto e transformá-lo. Este estudo utilizou o **grupo de discussão**, comum nas pesquisas qualitativas. Esta técnica se aprende como ofício, considerando que um artesanato não é suscetível de padronização e que há diferentes esquemas a serem adaptados ao contexto no qual são utilizados.

É uma técnica de pesquisa social que trabalha com a fala. O que as pessoas dizem é assumido como ponto crítico, no qual o social se reproduz e modifica. Em toda fala

---

<sup>37</sup> SALAZAR, M.C. (Editora). *Reseñas la investigación acción participativa: inicios y desarrollos*. In: Análise política. Instituto de estudos políticos e relações internacionais. Universidade Nacional da Colômbia. No. 16. Santafé de Bogotá. 1992, p. 96.

<sup>38</sup> DE SHUTTER, Anton; YOPO, Boris. *Investigación participativa en educación*. Programa regional de desenvolvimento educativo. OEA. Projeto especial de educação para o trabalho. Documento 17. Centro de experimentação para o desenvolvimento de formação tecnológica. Morelos, México. 1986, p. 4.

<sup>39</sup> SMITH, S; PYRCH, T; ORLENAS, A. *El concepto de investigación-acción con participación comunitaria en pro de la salud*. Foro Mundial de la salud. Vol. 14, 1993, p. 320-325

articula-se a ordem social e a subjetividade.<sup>40</sup>

Nas ações de promoção da saúde, o trabalho em grupo contribui para desenvolver as dimensões políticas e culturais da promoção da saúde, porque fortalece e apoia a capacidade comunitária de três maneiras:

- Estabelecendo um diálogo de saberes, através do intercâmbio de conhecimentos, habilidades analíticas e informação.
- Legitimando suas preocupações.
- Aumentando o poder político dos diferentes grupos e associações locais, para exercer pressão.<sup>41</sup>

O processo busca envolver comunidade, grupos comunitários ou organizações de base, interessados e motivados pela solução da sua problemática. O conceito de comunidade adotado neste trabalho é o que destaca Anton de Schutter, como sendo uma agrupação de pessoas para a ação de transformação dentro de um grupo social, cujos interesses são comuns.<sup>42</sup> Isto adquire valor e significado social, posto que se assemelha ao que propõem os participantes do estudo: *Nós, que vivemos no bairro, interessamo-nos, trabalhamos e participamos em diversas atividades para solucionar os problemas do bairro e ajudar-nos uns aos outros.*

A pesquisa participativa pode e deve beneficiar a comunidade, direta e imediatamente, pois espera-se obter resultados finais e, além disso, os participantes, através de todo o processo, localizam e relacionam seus problemas para iniciar as soluções possíveis.

O processo investigativo baseia-se numa integração do diálogo, pesquisa e análise, na qual o pesquisador e os pesquisadores são parte ativa.

Busca reconhecer e sistematizar o conhecimento popular para facilitar a participação real da população na programação e execução das ações que competem ao desenvolvimento, motivo pelo qual se afirma que não se trata somente de um trabalho

<sup>40</sup> DELGADO, M; GUTIERREZ, J. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid. Síntese, 1995, p. 289

<sup>41</sup> LABONTE, Ronald. *La participación social* (panel). II Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde/OPS. Santafé de Bogotá. 1992, p. 52

<sup>42</sup> DE SCHUTTER, A. YOPO, B. *Investigaciones participativas en educación*. P. 3



investigativo, mas também educativo.<sup>43</sup>

A aprendizagem não se concentra em processos educativos formais ou escolarizados, mas sim em conhecimentos em torno à realidade concreta e à problemática identificada, constituindo um processo educativo autêntico, porque combina aspectos formativos e informativos.

O processo investigativo desenvolveu-se partindo do interior e do nível inferior.

Na pesquisa participativa, foi incentivado o estudo da problemática vivenciada pelas comunidades e suas inter-relações históricas, culturais e sociais, enquadradas no contexto, facilitando assim uma visão integradora.

A pesquisa parte das ações empreendidas pelos grupos comunitários, que ela não ignora, acompanhando as ações em execução, para não isolar a pesquisa, a ação e a participação.

A pesquisa - ação - participação atribui um papel diferente à ciência: seu propósito é servir de instrumento à transformação social, o que implica centrar a atenção em grupos humanos marginalizados. Neste processo, privilegia-se o conhecimento denominado prático, ou seja, aquele que surge da comunidade, assumindo que os indivíduos da comunidade têm um conhecimento prático e empírico, que lhes permite sobreviver.<sup>44</sup>

A pesquisa gira em torno de um problema específico, mesmo que este não tenha surgido como derivação teórica, mas sim como produto de uma necessidade sentida pelo grupo particular num espaço limitado, em um dado tempo e um contexto concreto.<sup>45</sup>

- Vários pontos de vista inter-relacionam-se.
- Os participantes são considerados parte de um processo.

### 3.2 - Desenvolvimento do processo investigativo

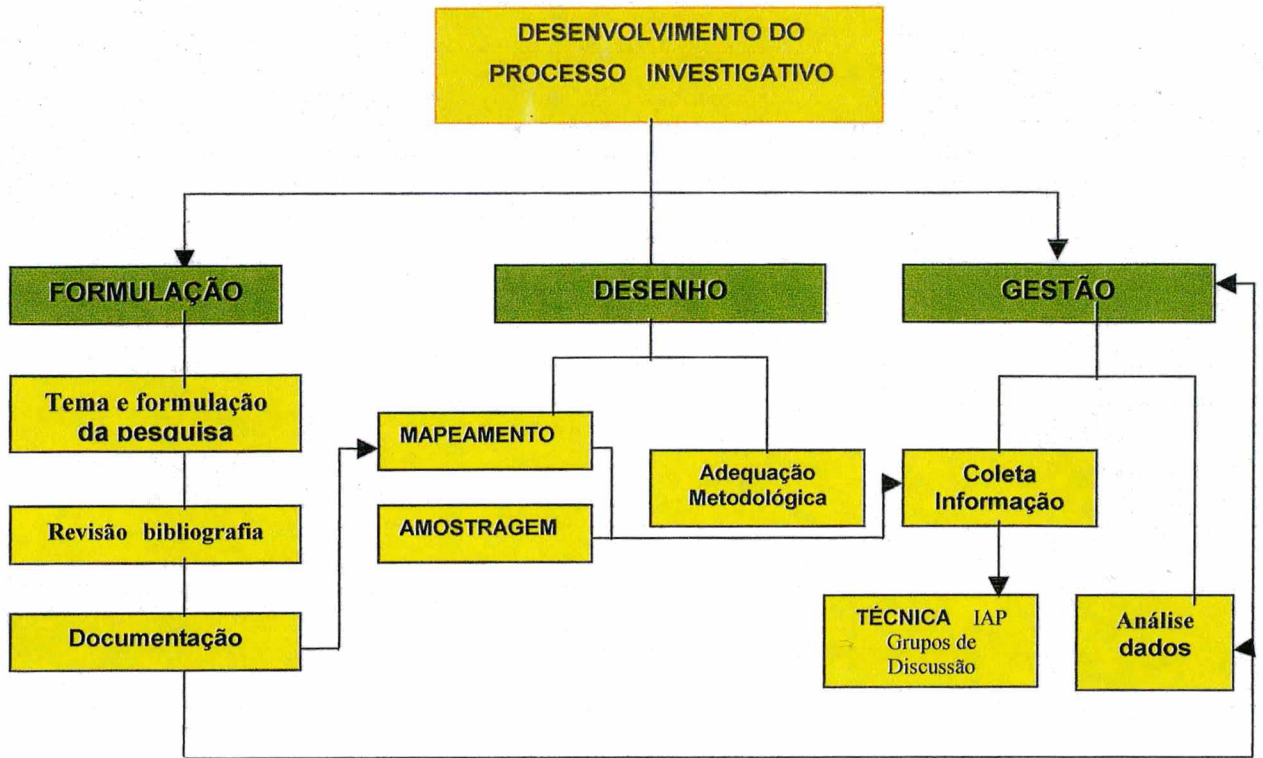
Para o desenvolvimento do processo investigativo serão consideradas as orientações apresentadas no documento *Investigação qualitativa* (SANDOVAL C., 1997), cuja estrutura acha-se representada na Figura 3.

<sup>43</sup> DE SCHUTTER, A. YOPO, B. *Investigaciones participativas en educación*. p. 3

<sup>44</sup> STRONQUIST, Nelly. *Investigación participativa*, p. 113

<sup>45</sup> *Ibidem*, p. 114

Figura 3 - Desenvolvimento do processo investigativo



### 3.2.1. A fase formulação

Contém três momentos que obedecem a uma sequência, mas que podem ser desenvolvidos simultaneamente.

**Identificação do tema e problema de pesquisa**, atividade que foi realizada através dos seguintes critérios de realidade e possibilidade:

- Início do processo de descentralização de serviços de saúde, com a criação das USERBAS, com o fim de torná-los mais acessíveis e envolver a comunidade em seu desenvolvimento.
- A existência, na localidade, de uma problemática coletiva originada da prestação de serviços de saúde, que são centralizados, insuficientes e de difícil acessibilidade (econômica e cultural). Pela sua orientação eminentemente preventiva curativa, fortalecem-se as ações intramurais e intra-hospitalares.
- As ações catalogadas como de promoção de saúde são desenvolvidas através da

educação em saúde e visitas domiciliares, sem continuidade nem seguimento; não há nenhum nível de participação da comunidade. Seu objetivo é poder realizar o faturamento, para alcançar o subsídio à demanda.

- A promoção da saúde é concebida de modo desarticulado dos demais setores que executam as políticas sociais no âmbito local e que, de certa maneira, estão relacionados com a manutenção da saúde na comunidade.
- Não existem mecanismos para que a comunicação e a informação sejam dadas de maneira oportuna e clara, em relação ao novo regime de saúde, deveres e direitos dos usuários.
- A existência de redes de apoio para desenvolver ações nascidas da própria comunidade.
- A existência e fortalecimento de grupos comunitários dispostos a trabalhar pelo melhoramento da saúde da comunidade e das condições de vida.
- A participação da comunidade no processo de consecução do terreno e construção de um espaço físico para o funcionamento das USERBAS.
- O processo de descentralização não pode ser consolidado, devido a dificuldades de caráter técnico-administrativo e político.
- A equipe de saúde que trabalha na USERBAS não demonstra interesse nem motivação para implementar estratégias na prestação de serviços para que a comunidade participe. Os profissionais e trabalhadores da saúde, frequentemente, subestimam e desconhecem, em parte, a ligação entre o contexto político-social, a mudança cultural e o micro-contexto.<sup>46</sup>
- A decisão da Direção Local de Saúde, de atender nas USERBAS somente à população vinculada, para fortalecer o subsídio à demanda.
- A existência de estudos (Teses de graduação, Monografias) realizados por estudantes da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Pedagógica e Tecnológica da Colômbia, que assinalam esta área como uma das mais

---

<sup>46</sup> PEDERSEN, Duncan. *La construcción cultural de la salud y enfermedad en América Latina*. Em *Cultura e Saúde na construção das Américas*. Memórias I Simpósio Internacional de Cultura e Saúde, VI Congresso de Antropologia. Colcultura, Instituto Colombiano de Antropologia, Comitato Internazionale per lo Sviluppo del Pogaí. Tomo I, Santafé de Bogotá, 1993, p. 150



vulneráveis do município.

No entanto, há alguns fatos positivos, que possibilitam o início de transformações, tais como:

- A nova administração conta com vontade política para impulsionar processos comunitários, através da Divisão de Participação e Gestão Comunitária Municipal. Atualmente, encarrega-se de impulsionar processos de desenvolvimento da comunidade por meio do fortalecimento de grupos. Entre eles, destaca-se a formação de duas micro-empresas: uma de jovens, para a produção de pedras de pavimentação, destinadas ao conserto das vias públicas e a outra, uma cooperativa de confecções de roupa, formada por 60 mulheres chefes de família. Estas alternativas constituem uma solução à problemática econômica das famílias de baixos recursos. Este processo é apoiado pela Fundação *Antonio Puerto*. As ações são coordenadas por uma assistente social e uma profissional universitária.
- A designação de um profissional da área de saúde no cargo de Diretor Local de Saúde estimulou algumas novas propostas na gestão do sistema local de saúde.
- A descentralização dos Conselhos de Governo mostra, em parte, a vontade política para envolver as comunidades na solução da sua problemática.

Os fatos acima evidenciam que existe, no Sistema de Saúde Local, uma problemática catalogada como substantiva, porque surge da análise concreta de um setor da realidade social, tal como se manifesta na prática. Este constitui o ponto de partida do processo investigativo. Apoiar-se, ao mesmo tempo, nas suposições teóricas apresentadas por K. Popper e compartilhadas por T. Adorno, sugerindo que os problemas são o ponto de partida de todo processo investigativo, originados da tensão entre o saber e não saber.<sup>47</sup> É nessa dinâmica que surge o presente problema de pesquisa, catalogado como de relevância prática ou real.

E é através da geração de processos investigativos para abordar problemas de natureza prática que se questiona, se transforma e se valida a prática e amplia-se a base de conhecimentos, com o fim de transformar esta problemática em problemática teoricamente

---

<sup>47</sup> MARDONES, J.M. *Filosofía de las ciencias humanas y sociales*. Antropos. Barcelona. 1991, p 173

relevante. Através do diálogo, reflexão/ discussão/ crítica/ argumentação sobre ações concretas em diferentes espaços, possibilita-se o progresso dos diversos saberes.

Os problemas práticos adquirem relevância teórica quando os dados obtidos da prática deixam de ser simples registros e tornam-se ingredientes para a pesquisa, visando solucioná-los, discutir e avançar no conhecimento estabelecido. Assim, pode-se assinalar a prática como eixo ou ponto de partida para a reflexão teórica e campo propício para abrir novas possibilidades para o desenvolvimento do conhecimento.

A isto adiciona-se a existência de uma linha de pesquisa em Promoção da Saúde, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Nacional e o surgimento de grupos de estudo, reflexão e análise desta temática, que, em diversos cenários, levou à formação de uma tradição investigativa.

As considerações acima permitem estabelecer a importância da relação existente entre o pensamento e a ação. Nada pode ser, intelectualmente, um problema de pesquisa, se não for instalado como problema da vida prática, corroborando que o pensamento não é espontâneo.<sup>48</sup>

Nesta fase foi feito o reconhecimento do campo onde iria desenvolver-se a pesquisa, para iniciar a inserção na comunidade e estabelecer vínculos para criar confiabilidade e familiarizar-se com a forma de vida dos indivíduos, conhecer suas experiências e expectativas, isto é, sua vida cotidiana, que se traduz em formas de pensar, agir e sentir.

**Exploração de bibliografia:** A revisão de literatura para este estudo foi realizada paralelamente ao processo de coleta de informação e análise preliminar. A literatura desempenhou um papel importante, porque contribuiu para esclarecer a abordagem e a fundamentação teórica, categorias que articulariam a pesquisa. Além disso, consistiu em ingrediente essencial para a interpretação e a análise da informação.

**Documentação inicial:** Formada pelos documentos referentes ao Plano Local de Saúde (1998), o Plano Básico de Saúde, pesquisas e produtos acadêmicos existentes no município e demais documentos governamentais e institucionais relativos às políticas de saúde, especificamente a de promoção da saúde.

Este processo foi acompanhado pela informação obtida através da Direção Local de Saúde, a Divisão de Participação e Ação Comunitária, o Pároco, líderes comunitários e



funcionários da USERBAS, que mostraram atitude positiva diante da proposta investigativa e indicaram possíveis espaços e possibilidades para sua execução.

### 3.2.2 - A fase de projeto

Consistiu no início formal do trabalho de campo que, longe de ser visto como um conhecimento secundário de ilustração de uma tese, foi considerado como a própria fonte de pesquisa, posto que ali tudo deve ser observado, anotado, vivido, rodeado de respeito em face do motivo do estudo e da comunidade em geral.<sup>49</sup> Para manter a coerência no processo investigativo, o estudo foi constantemente orientado pela realidade das decisões da vida real. Isto significou aproximação aos problemas da vida cotidiana, a maneira como as pessoas entendem seus problemas, porque ali está a essência do trabalho de campo.<sup>50</sup>

O processo de inserção e intervenção na comunidade compreende uma série de etapas desenvolvidas em sequência lógica e relacionadas entre si. Processo no qual foram executadas as seguintes atividades:

**Mapeamento**, como início do trabalho de reconhecimento de possíveis cenários da pesquisa no município. Assim, participamos das reuniões programadas pela Prefeitura Municipal para ouvir as dúvidas da comunidade, com o propósito de obter uma visão geral e direta da sua problemática. Assistimos também às reuniões programadas pelo pároco. A assistência e estes eventos permitiu conhecer líderes e preocupações comunitárias, elementos que orientaram o trabalho. Posteriormente, ao presenciar outras reuniões para informar sobre os fundamentos e objetivos desta pesquisa, enfrentamos o ceticismo e a incredulidade de alguns membros da comunidade e a apatia e resistência dos trabalhadores da saúde, manifestando que “a comunidade não participava e não atendia aos convites que eles lhe faziam”. Por este motivo, decidimos continuar informando e participando de algumas atividades programadas pelos diversos grupos da comunidade, sistema que nos permitiu maior proximidade e credibilidade.

Participamos depois de reuniões com funcionários da Direção Local de Saúde, a equipe de saúde da USERBAS, o pároco e o presidente da Junta de Ação Comunal do bairro. Nelas, foi realizada uma análise criteriosa da problemática exposta por diversos

---

<sup>48</sup> MINAYO, M. Cecília. *O desafio do conhecimento*. Huitec - Abrasco, São Paulo 1996, p. 90

<sup>49</sup> LAPLANTINE, F. *Aprender antropologia*. 5. De. Brasiliense. São Paulo. 1991, p. 156

<sup>50</sup> LEHR, U; THOMAE, H. *La vida cotidiana*, p. 189

grupos comunitários perante as autoridades locais.

Em síntese, decidimos trabalhar no Bairro 20 de julho pelos seguintes motivos:

- A existência de um pré-diagnóstico das necessidades da comunidade do bairro, trabalho iniciado pela Direção Local de Saúde em 1994, no processo de implementação das USERBAS e do qual não existe, nos arquivos, um documento escrito.
- O levantamento do inventário dos recursos com os quais conta o bairro foi feito em grupo, com participação de líderes da comunidade. Foi elaborado em duas partes: uma, de recursos humanos, relativos a pessoas ou grupos existentes no bairro. Através da estratégia denominada “*organização social - diagrama de Venn*”, partiu-se da pergunta: Quais são os grupos que trabalham na solução dos problemas do bairro? Como estão relacionados? Encontramos que existem diversas organizações de base que desenvolvem seus trabalhos no interior da comunidade, tais como catequese, cuidado dos doentes, trabalho com adolescentes, conserto de vias, construção da igreja. Entre elas há vários tipos de relacionamento: amizade, por problemas e interesses comuns e algumas pessoas que pertencem simultaneamente a diversos grupos, sendo algumas mais ativas que outras.

Existem organizações legalmente constituídas (pessoas jurídicas), cuja trajetória de trabalho é de mais de 15 anos; são reconhecidas e têm presença permanente no grupo ao qual pertencem: a Junta de Ação Comunal, a Associação de Mães Comunitárias, o grupo “Idade de ouro”, a Legião de Maria. Alguns dos integrantes são líderes e gestores de processos comunitários para desenvolver ações orientadas à satisfação das suas necessidades mais urgentes (Saúde, Educação e Melhoramento das vias públicas).

A partir desta perspectiva, é importante salientar a predisposição e o interesse constante das pessoas do bairro em buscar soluções à sua problemática. As formas preferidas para o confronto com os problemas do dia-a-dia de pessoas sãs, dos indivíduos que sofrem doenças crônicas, dos deficientes, dos não-deficientes, dos favorecidos e dos não-favorecidos socialmente, são as diferentes formas de **associação**.<sup>51</sup> Estas parecem ser a resposta prática à solução dos seus problemas. Além disso, é nas organizações

---

<sup>51</sup> Ibidem, p. 239.



voluntárias da comunidade civil que se aprende a virtude do compromisso mútuo. Ali, a civilidade torna possível o exercício da democracia, que somente pode ser apreciado nas redes associativas da sociedade civil, onde a promoção de uma cidadania responsável é um objetivo de primeira importância para as políticas públicas,<sup>52</sup> entre as quais ocupa lugar destacado a promoção da saúde. Portanto, estes grupos constituem espaços propícios para descrever o trabalho de promoção da saúde e o trabalho assistencial a processos organizativos locais.<sup>53</sup>

Dentro da organização comunitária do bairro existem elementos que operam como rede de apoio social. São elementos eficazes para impulsionar processos comunitários. As redes sociais vão adquirindo importância no trabalho com as comunidades, porque indicam de que maneira pessoas diferentes, de idades diferentes e estrato social diverso enfrentam as cargas da vida cotidiana.<sup>54</sup> Assim, adquirem importância os cenários comunitários, onde os grupos de base, integrados por cidadãos comuns, iniciam o exercício dos direitos sociais e políticos, que se desenvolvem e fortalecem através das práticas da vida diária. Posto que as pessoas se organizam de maneiras diferentes, os grupos mais desprotegidos agrupam-se para obter benefícios mínimos, as formas democráticas estão associadas à possibilidade de alcançar os serviços públicos, as remunerações básicas e os bens e serviços fundamentais para a sobrevivência.<sup>376</sup>

O segundo elemento abordado no inventário de recursos consistiu em conhecer e identificar os espaços físicos existentes, que serviam de cenários às reuniões comunitárias. Foram identificados: a escola, a USERBAS, o escritório da paróquia, quatro casas de líderes. Estes convertem-se em espaços sociais e são os meios através dos quais os atores dialogam, expõem seus motivos, revelam ou ocultam seus interesses, debatem seus argumentos, criam consensos. Nesse sentido, os espaços sociais têm função intermediadora que, com os atores sociais, constituem o elemento central da possibilidade de transformação e de integração social e consolidação das comunidades.<sup>55</sup>

O homem faz-se humano à medida que compartilha com sua vida com os demais, fala sua língua e entende seus símbolos, seus valores, suas necessidades, compartilha suas esperanças e dificuldades, convive socialmente, tem uma maneira de ver o mundo e

<sup>52</sup> KYMLICKA, W; WAYNE, N. *El retorno ciudadano*, p. 23

<sup>53</sup> HERSCH, P. *Participación social en salud*, p. 678-688

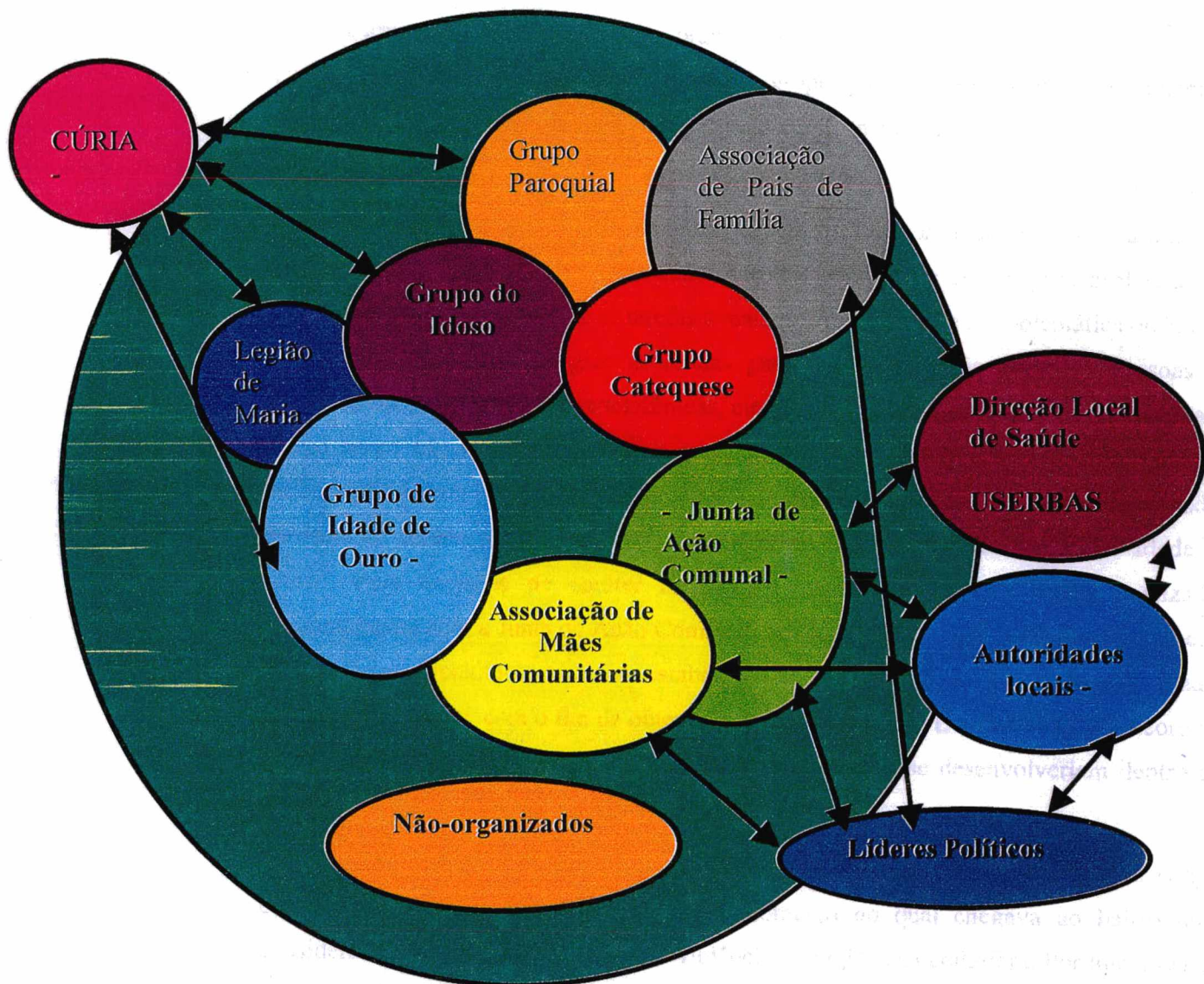
<sup>54</sup> LEHR, U; THOMAE, H. *La vida cotidiana*, p. 242

<sup>376</sup> TORRES, Hernando. *Soberanía y participación*, p. 7



transformá-lo.<sup>55a</sup>

**Figura 4 - Análise organizacional-institucional, Bairro 20 de Julho**



Fonte: Trabalho de Campo. Reunião com líderes comunitários. Bairro 20 de julho

- A aceitação por parte do grupo comunitário e da Junta de Ação Comunal para desenvolver um acompanhamento do trabalho que vêm realizando constituiu a razão mais forte para selecionar este cenário para a pesquisa.
- Nos diálogos iniciais com o grupo comunitário (18 líderes), foi anotada a baixa

<sup>55</sup> TESTA, Mario. *Salud pública acerca de su sentido y su significado*. Em Crise da saúde pública, p. 223

<sup>55a</sup> VERNOT, A. *Desarrollo comunitario*. ESAP. Publicações/ Ad 060-78. Bogotá. 1985 (Mimeografado), p. 6

utilização dos serviços prestados pela USERBA e a parca motivação da equipe de saúde para realizar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

- O grupo manifestou enfaticamente seu interesse em trabalhar, desde que se pudessem materializar suas preocupações em projetos a serem apresentados às autoridades locais.

**A amostragem:** seguindo uma ordem lógica, continuou-se com o levantamento dos eventos e dúvidas da comunidade através do grupo, para analisá-los progressivamente e planejar o trabalho. Este progresso foi progressivamente enriquecido.

Ao iniciar o trabalho, foram decididos, por consenso com o grupo comprometido no trabalho, o lugar, hora e periodicidade dos encontros, que foram acordados para todas as quintas-feiras, pois esse era o momento em que o grupo se reunia para professar sua cotidianidade religiosa, propor as tarefas a realizar e refletir sobre a problemática do bairro. As seguintes foram estratégias acordadas para convocar outros grupos e pessoas da comunidade: visitas, chamadas telefônicas, circulares, informes na missa. Foi determinado que o grupo não seria circunscrito e que outros vizinhos poderiam assistir às reuniões, embora não pertencessem geograficamente ao bairro. Além disso, ficou acertado que todas as decisões seriam tomadas de comum acordo, no lugar de reunião do grupo “Idade de Ouro”. Para decisões de caráter mais geral, determinou-se que seriam realizadas conjuntamente com a Junta de Ação Comunal, que logo seriam avaliadas em assembléias comunitárias. Decidiu-se também estabelecer contato permanente com as autoridades locais e os políticos, com o fim de obter apoio para os projetos. Do mesmo modo, acordou-se que, na medida do possível, as atividades programadas se desenvolveriam dentro do bairro, para facilitar maior assistência da comunidade.

As principais características do grupo “Idade de Ouro” são: a organização surgiu espontaneamente por volta do ano 1985, momento no qual chegava ao bairro uma considerável população deslocada pela violência na região esmeraldífera. Por iniciativa de uma líder desta zona foi iniciado um trabalho de catequese e integração de um grupo de oração. O grupo foi consolidando-se ao redor destas e outras atividades.

Atualmente, conta com cerca de 50 pessoas, cujas idades vão de 17 a 65 anos. 12% são homens e 88% mulheres chefes de família, responsáveis pelo sustento do lar devido ao fato de que o marido ou companheiro não recebe salário suficiente para satisfazer as



necessidades básicas ou está desempregado. Algumas são viúvas responsáveis pelo lar. Há casos em que as mulheres têm a seu cargo criar e manter netos ou outros familiares, como pais e irmãos. Entre as atividades desempenhadas para aumentar a renda familiar, acham-se os trabalhos domésticos e serviços gerais (limpeza, levar mensagens) em escritórios, pois o nível educacional é baixo. 30% não sabem ler nem escrever, 60% cursaram primário e 10% algum nível de educação secundária, no máximo até a 4a. série. Nem todos assistem às reuniões programadas semanalmente devido a problemas de saúde ou ocupações de trabalho. A média de assistência é de 25 pessoas.

As reuniões semanais têm sua dinâmica própria, estabelecida pelo grupo: controle de assistência, relatórios sobre as tarefas realizadas por cada membro (visita e cuidado de companheiros e familiares doentes, problemas pessoais, assistência aos compromissos religiosos e às reuniões programadas na comunidade). É costume refletir sobre uma leitura escolhida por eles. Algumas reflexões do grupo referem-se à necessidade de resolver problemas da vida diária, tais como:

- Os problemas com o serviço de saúde, por não ter a carteira do SISBEN, entre eles a falta de entrega do medicamento completo.
- A falta de emprego.
- Não podemos ser cegos nem surdos em face dos problemas da comunidade.
- Às vezes ouvimos mas não entendemos.
- Nossa vida move-se em torno de um objetivo.
- Temos deveres e direitos como cidadãos.
- Devemos desfrutar do trabalho que fazemos no bairro.
- Devemos tratar de vencer as dificuldades para obter a meta final. Ter um bom nível de vida.
- É importante discutir as propostas para resolver os problemas e, se todos estiverem de acordo, comprometer-nos.
- Usar de persuasão para ganhar adeptos para nosso trabalho (Fonte: Diário de campo).

O grupo tem modelos para seguir o que denominam *Ordenanças Fixas*, ou seja, o marco ético que guia o trabalho e que são:

- Chegar pontual e regularmente às reuniões.
- Informar sobre o trabalho realizado

- Executar o trabalho de maneira ativa, baseado na fé e na solidariedade.
- Guardar segredo dos assuntos confiados pelas pessoas no exercício do nosso trabalho (Fonte: Regulamento “Grupo Idade de Ouro”).

Assinalam também como obrigações para os membros do grupo:

- Saber atuar.
- Sentir o desejo de trabalhar: compromisso
- Companheirismo
- Perseverança
- Disciplina e presença
- Honestidade e lealdade (Fonte: Regulamento “Grupo Idade de Ouro”)

A base do trabalho do grupo é a palavra *Vamos*, e o lema *Toda a comunidade para diante* (Fonte: Regulamento “Grupo Idade de Ouro”).

Uma vez realizadas estas atividades, passa-se aos ofícios religiosos. É importante salientar que outros grupos e pessoas que, por vários motivos, não fazem parte do grupo, participam destes ofícios espontaneamente. Estas atividades são também aproveitadas para reuniões de tipo social, como aniversários, festa do dia das mães, festas da criança, Natal e amigo secreto.

A religião está intimamente ligada à cultura dos povos, vista como forma e viver e entender a vida. Ao mesmo tempo, canaliza a maneira de pensar e de agir das pessoas. Ao manejar categorias abstratas e transcendentais, gera múltiplas interpretações; uma delas é a de propiciar espaços de reflexão crítica e gerar propostas alternativas<sup>56</sup> em face da vida, do homem, da justiça, da saúde e do trabalho.

Uma avaliação de 1978 realizada por *Social Science Medicine*, citada por De Angulo J. E De Angulo, S. (1994, p. 190) sobre a relação entre o fator religioso e o cuidado da saúde, mostrou que as crenças próprias de certos grupos determinam uma série de ensinamentos e valores religiosos: indicam os comportamentos relativos ao estilo de vida, que diminuem os riscos de prejuízo para a saúde; a existência de redes de apoio social entre seus membros promove altos níveis de responsabilidade pessoal, práticas e atitudes mentais positivas para a vida, para si mesmo e os outros, para a dor e o sofrimento, que



diminuem os efeitos nocivos. Por outro lado, indica que há comportamentos com sentido de pertença através de atividades de companheirismo, solidariedade e ajuda mútua. Do mesmo modo, compartilhar os mesmos objetivos e espaços contribui para liberar tensões ou medos, isto é, de algum modo agem como protetores na vida e na saúde das pessoas.

Alguns dos achados do estudo guardam semelhança com a dinâmica em que se move o grupo alvo desta pesquisa, como o demonstram as denominadas ordenanças e obrigações, orientadoras em seu próprio desenvolvimento. Em primeira instância, seus interesses, objetivos e motivações giram em torno da esfera religiosa. Este espaço é utilizado para compartilhar os problemas cotidianos, para buscar ajuda, relacionar-se e estreitar os laços de amizade, para refletir, discutir e decidir.

Com razão Heller (1977), referindo-se à religião, designa-a como uma *comunidade ideal*. Comunidade enquanto integra, possui uma ordenação unitária de valores e produz uma “*consciência do nós*” e ideal a partir de duas visões: o respeito pela estrutura comunitária de uma sociedade específica, com a possibilidade de integrar comunidades diversas ou heterogêneas, e exercer sua função comunitária através do seu caráter ideal (ideológico) que, em última instância, é determinante no comportamento dos homens. Com esta função satisfaz uma necessidade social.

Para a comunidade de Chiquinquirá, o aspecto religioso também tem grande significado pelas variadas expressões da sabedoria popular. As manifestações folclórico-religiosas são ricas, têm fama nacional as romarias ou peregrinações a Chiquinquirá, provenientes de todo o departamento de Boyacá e de outras regiões e até de países vizinhos, tanto pelo seu caráter sócio-religioso como etnográfico. Nelas, o povo de Boyacá e colombiano expressam seus sentimentos e atitudes de religiosidades profunda. As romarias tiveram início em fins dos século XVI, com o culto mariano e com a renovação das cores da tela da Virgem do Rosário. É importante salientar o significado da romaria para um camponês de Boyacá: é uma meta de esperança para a solução dos seus problemas. Daí a “promessa” ou “manda”. É a oportunidade de manifestar seus sentimentos e atitudes religiosas com a família, amigos e vizinhos. As romarias também são uma das atrações turísticas da cidade.<sup>57</sup>

Neste contexto, a raiz religiosa na comunidade do Bairro 20 de julho manifesta-se na

---

<sup>56</sup> DE ANGULO, J; DE ANGULO, S. *La salud y la defensa de la vida*. Cochabamba, 1994, p. 189

<sup>57</sup> OCAMPO, J. *Identidad de Boyacá*. 1. De. Secretaria de Educación de Boyacá. Tunja: 1997, p. 131

participação ativa e espontânea em atividades religiosas programadas na cidade e no bairro. Ali também o aspecto religioso é “uma representação coletiva baseada na dependência do homem (da humanidade) do transcendental” (Heller 1977).

As atividades religiosas constituem um dos elementos mais importantes, em torno das quais move-se a cotidianidade dos habitantes do Bairro 20 de Julho.

Assim, para desenvolver o trabalho de maneira coerente a ajustada às expectativas do grupo, foi elaborado um plano de trabalho em harmonia com as demais etapas da pesquisa.

### 3.2.3 – A fase da implementação

A fase da implementação e gestão do projeto partiu do desenvolvimento dos seguintes passos: acesso ou entrada, coleta de dados, armazenamento e análise dos mesmos, planejamento, execução do processo educativo, realização do projeto comunitário **“formação de uma microempresa comunitária”** com assessoria permanente do SENA (Serviço Nacional de Aprendizagem) e elaboração do relatório final, atividades desenvolvidas na etapa de gestão do projeto.

A análise dos dados foi processo integral, flexível, cíclico e coletivo, iniciada a partir do momento da aproximação ao grupo de trabalho selecionado. Seu objetivo foi gerar conceitos ou categorias que fazem parte do objeto de estudo e constituem os elementos mais importantes da análise, para estabelecer a relação dos dados com a teoria.

O processo foi levado com a seguinte sequência:

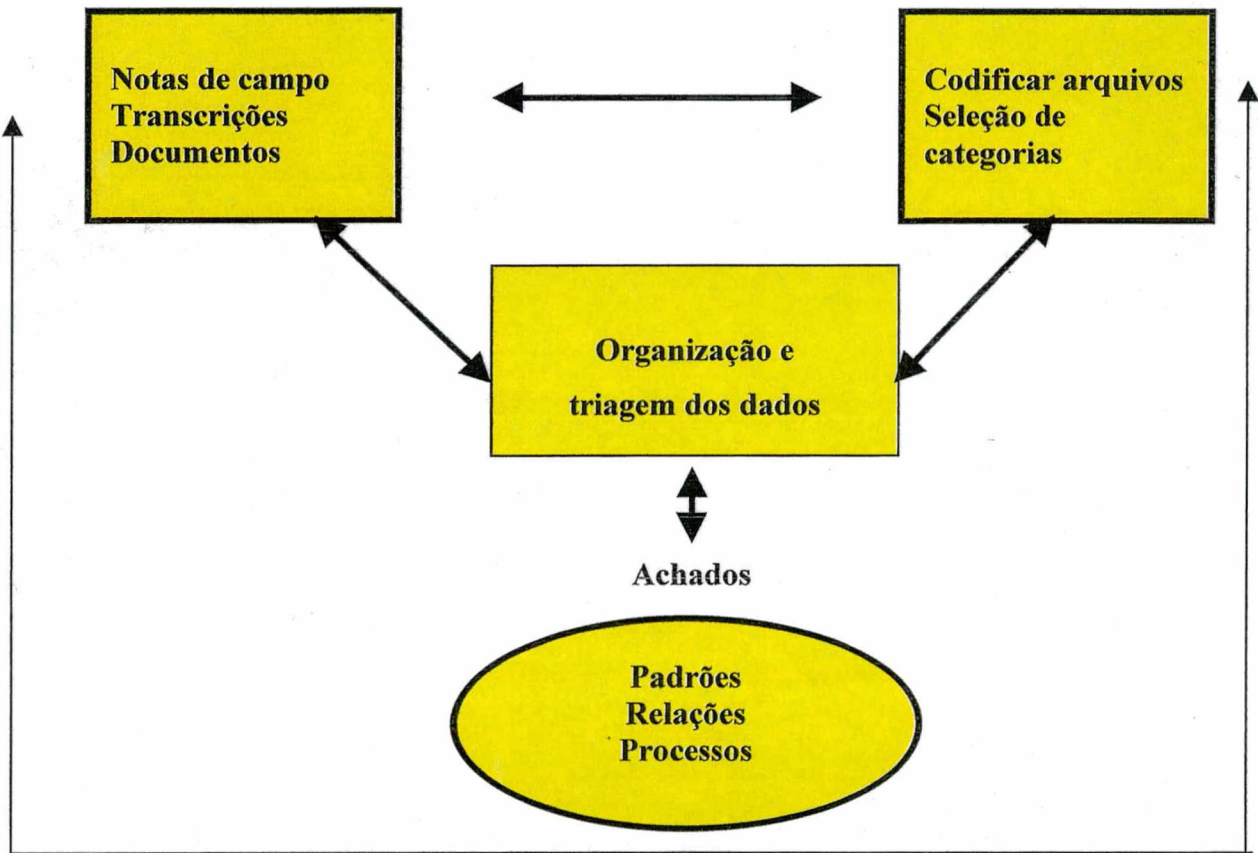
- Construção de arquivos de dados, tendo como base as informações coletadas através de notas de campo, transcrições de encontros e intervenções, e documentos produto do trabalho de grupo. Foi o ingrediente essencial para a construção da visão real da comunidade e propiciou a identificação de processos e fatos sociais nele presentes.
- Identificação e determinação das orações relevantes para selecionar as categorias objeto de análise qualitativa<sup>58</sup> através da relação dos achados com a teoria.
- Organização e triagem da informação obtida, mediante a comparação com os arquivos originais para enxugar os dados que não sejam úteis no estudo.

- Os achados e descobertas foram produto da finalização da análise indutiva e aberta. Chegamos a esse ponto quando a informação sobre as categorias de estudo ficaram saturadas ou consideradas esgotadas, segundo os objetivos propostos.

- relatório final é o resultado de todo o processo investigativo.

- Durante todo o processo houve momentos de reflexão e análise, tanto individual quanto coletivamente, que exigiram voltar sempre aos achados anteriores para obter a qualificação da informação.

**Figura 5 - Análise dos Dados**



Adaptado de Sandoval, C. Pesquisa qualitativa. 1997

<sup>58</sup> BRYMAN, A. BURGESS, R.G. **Developments in qualitative data analysis**. Em: Brunan, A. Burgess, R. Eds. *Analyzing qualitative data*. London, Routledge, 1994, pp. 1-17. Citado por DE LA CUESTA, C. *Investigación en salud*, p. 55



## CAPÍTULO IV

### DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A fase da análise realizou-se simultaneamente com a coleta da informação através de um processo de raciocínio indutivo, interativo, contínuo e permanente, para confrontar e retroalimentar os dados obtidos no trabalho coletivo.<sup>1</sup> Esta fase se iniciou no mesmo momento em que se integrou o grupo participante, no trabalho selecionado. Os produtos foram essencialmente escritos, resultados de experiências caracterizadas pela sua grande riqueza e pelo seu significado... O grupo compartilhou suas vivências diárias, suas inquietudes, suas preocupações e satisfações, suas expectativas e suas alegrias, ao ponto que podemos qualificar o processo como inédito e único.

A coleta de dados foi feita de maneira direta e sua análise emoldurou-se nos estudos teóricos e metodológicos que fundamentam a presente investigação, conforme o seguinte procedimento:

- Construção do arquivo de dados, com as informações coletadas através de notas de campo, produto de encontros, intervenções e documentos de trabalho em grupo, os quais constituíram os ingredientes essenciais para a reflexão, a análise e a identificação de processos e fatos sociais presentes nele. Algumas das informações obedecem ao sentido comum que permite às pessoas explicarem suas condutas e ações a si mesmas, em seu cotidiano e assim entender ao outro.<sup>2</sup> Através da narrativa o povo relata sua vida, suas lutas, suas angústias, suas

---

<sup>1</sup> BONILLA E, RODRIGUEZ, P. *Mas allá del dilema de los métodos*, p.70

<sup>2</sup> KISNERMAN, N. *P.ensar el trabajo social*.p17

expectativas. Diante do fracasso não fica de braços cruzados, luta, cria estratégias para a sobrevivência... Percebemos esses achados na marginalidade, através de sua palavra, do seu silêncio, de sua criatividade e violência, que são as formas de comunicação de diferentes situações do seu cotidiano.<sup>3</sup>

- A análise dos textos, além do meramente gramatical ou semântico, procurou de maneira coletiva revelar o sentido de cada um deles, quer dizer, o produto do processo de comunicação entre os integrantes do grupo, no contexto da sua vida cotidiana. Por causa desse vínculo entre as pessoas surgiram e organizaram-se os textos, em uma relação eminentemente reflexiva, já que quem produziu os mesmos imprimiu neles não apenas sua subjetividade, mas sim sua maneira de pensar e de ver o mundo onde estão inseridos.

Os atos de comunicação constituíram-se numa atividade dinâmica, orientada e gerada no ápice de um processo de comunicação, organizados como objetivos concretos. A **análise do texto**, como manifestação do fenômeno comunicativo, permitiu a seleção de orações relevantes, por seu significado para os participantes, a coerência da teoria com os objetivos do estudo, assim como a identificação e determinação das categorias, as quais foram avaliadas coletivamente, sistematizadas e arquivadas. A criação desta classificação, que projetou o objeto do estudo, constituiu-se no momento mais importante da análise, na medida em que permitiu estabelecer a coerência e pertinência dos dados com a teoria.

- Ordenamento e padronização da informação obtida, mediante a comparação com os arquivos originais, para eliminar os arquivos de pouca serventia para o estudo.
- As descobertas foram produto da análise indutiva e aberta. Durante todo o processo houve momentos de reflexão e análise, tanto individual como coletivamente, os quais sempre exigiam “voltar a vista” aos achados anteriores, para conseguir a qualificação da informação. A esse ponto se chegou quando esgotou-se a informação compilada sobre as categorias do estudo, de acordo aos objetivos propostos e os produtos obtidos.
- A ferramenta fundamental para ter acesso à informação foi a dinâmica participativa, fundamentada no diálogo e no princípio de que todos os

---

<sup>3</sup> Ibidem, p.17

participantes consideraram-se como uma fonte de informação e decisão, para analisar os problemas e contribuir para a sua solução. Esta metodologia permite trabalhar com base na experiência das pessoas, através da visualização e comunicação oral. Nesses processos, a discussão desenvolve um papel importante para controlar o significado da situação problemática que se vai tratar.

O trabalho em grupo demonstrou que:

- Os participantes contavam com uma informação valiosa, a qual é possível resgatar e qualificar mediante a troca, a confrontação e a reflexão coletiva.
- Existe uma grande potencialidade e compromisso para realizar trabalho comunitário.
- Esses espaços coletivos permitem a validação do conhecimento denominado “popular” ou “pré- teórico”. São processos que levam a construir conhecimento.
- É necessário conhecer e revalorizar o trabalho que realizam os grupos comunitários, para envolvê-los nas decisões e ações que afetam sua vida.
- As experiências cotidianas são sentidas e expressadas a partir do familiar e do vicinal. Nos espaços comunitários se constrói e se expressa o homem político e acontece o desenvolvimento das dimensões **em si, para si e para nós**.
- A heterogeneidade nos diferentes grupos não impede que o bairro seja considerado o espaço vital onde se constroem os projetos de vida.

O trabalho de acompanhamento com o grupo, durante 10 meses permitiu: Uma aproximação ao processo de construção social do bairro, com dois elementos relevantes no desenvolvimento das comunidades: a periodização na evolução do bairro e a caracterização dos seus moradores desde seu início. No primeiro caso definiram-se quatro etapas fundamentais:

1. **Antes de 1960** o espaço físico que hoje ocupa o bairro, correspondia a fazendas que rodeavam o perímetro urbano da cidade. Ali encontrava-se localizada uma fábrica de tijolos.

2. **Entre 1960 e 1969** iniciaram-se os primeiros assentamentos com a venda de lotes sem serviços públicos e sem nenhum planejamento. No final desse período aconteceu a segregação do denominado Bairro Santa Cecília e a formação da sua correspondente Junta



de Ação Comunal.

3. De 1970 a 1979 o processo de urbanização teve maior força e a imigração de camponeses e de pequenos comerciantes de esmeralda.

4. A partir de 1980, por causa da chegada de camponeses e desalojados, incrementou-se a população do bairro, surgiram diferentes tipos de construção de moradia e a pertinente ampliação dos serviços públicos, ainda que precários ou insuficientes. Paralelamente, começou a formação de algumas organizações de base para suprir a satisfação das necessidades básicas. Os grupos de moradores que vivem no bairro são heterogêneos e transformaram-se de acordo com a sua evolução.

Já a caracterização de seus moradores assim se mostrou:

O primeiro grupo de moradores correspondeu a camponeses da área rural do município, que imigravam por melhores condições de vida. Esse grupo iniciou a organização comunitária com certo sentido de pertinência.

O segundo grupo foi formado por camponeses da área rural de Chinquirá, de municípios vizinhos e de populações deslocadas de outros lugares.

O terceiro grupo, integrado pelos jovens nascidos no bairro (Diário de campo).

Como nos outros centros urbanos colombianos, no desenvolvimento do bairro e a evolução de sua população, os moradores camponeses conquistaram paulatinamente, graças a seu esforço e sua organização, um espaço físico e social na cidade: Fizeram com as próprias mãos boa parte do atual espaço construído (urbanização popular), participando tanto do desenvolvimento econômico (informalidade), como na cultura urbana e atualidade política da cidade (redes, clientes, ações de pressão...) <sup>4</sup>

O processo de reflexão em si iniciou-se com o diagnóstico das necessidades, através da “**árvore de problemas**”, com o objetivo de elaborar o inventário das maiores necessidades que afetam a comunidade do Bairro 20 de Julho e determinar as causas e possíveis soluções. Esta atividade desenvolveu-se em três sessões:

a) Na primeira sessão, depois de explicar a forma de trabalho, os participantes se organizaram em grupos de quatro pessoas, para responder a pergunta: Qual é o principal problema que temos em nossa comunidade?

---

<sup>4</sup> TORRES, A. *Movimientos sociales*, p. 108

Depois de refletir e discutir com cada grupo sobre a temática combinada, escreveu-se em um cartão o problema selecionado. Depois fez-se a sociabilização, onde foram identificados os seguintes problemas:

- *Não possuímos serviços de saúde. Não somos atendidos quando estamos doentes.*
- *Não temos trabalho. Existe muito desemprego.*
- *Muitas crianças vivem nas ruas.*
- *Não existem lugares de recreação.*
- *Somos pobres e marginalizados.*
- *Vivemos com muita insegurança.*

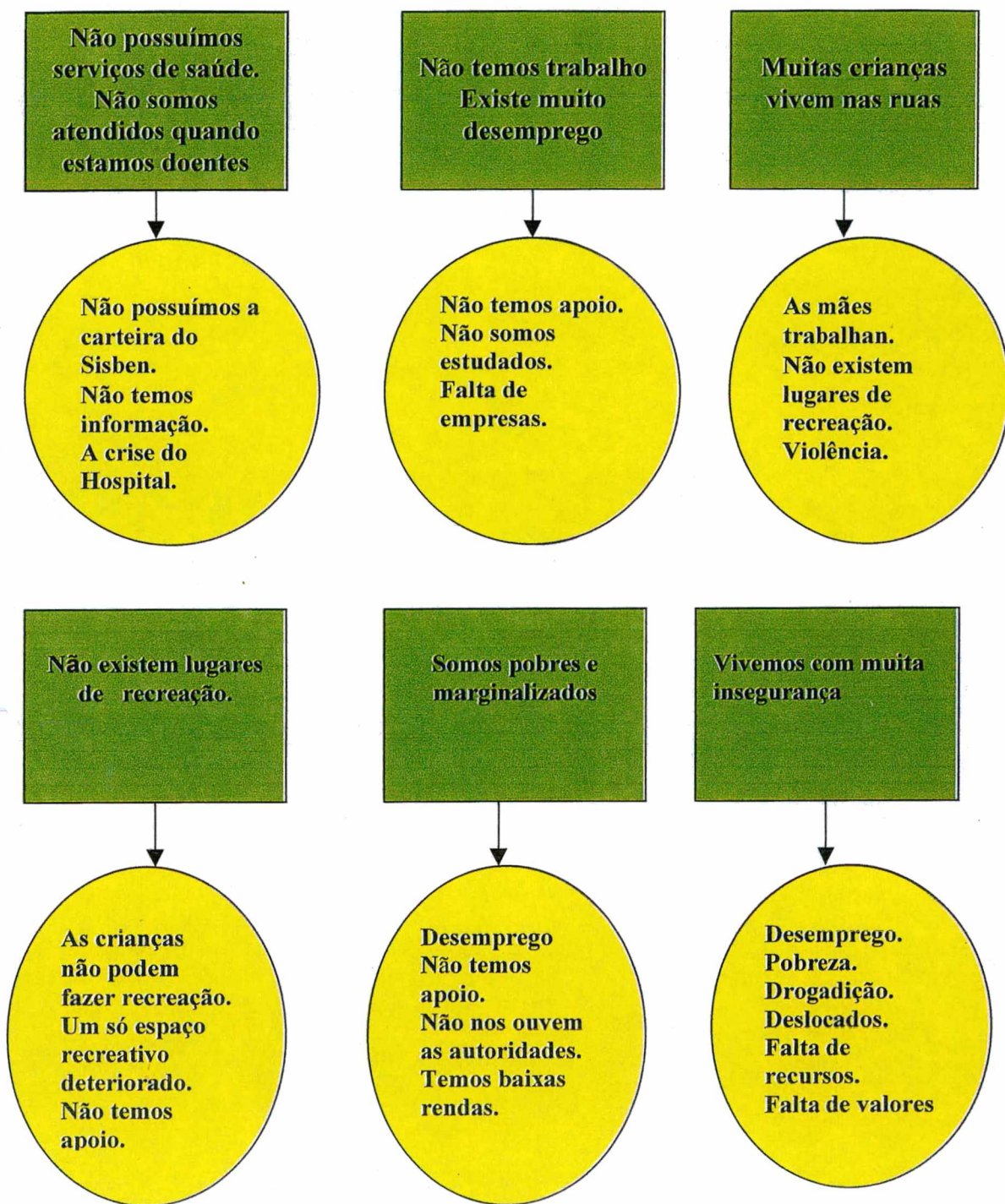
b) Na Segunda sessão, cada grupo deveria identificar as causas do problema selecionado, respondendo à pergunta: Quais são as causas do problema? O produto da reflexão foi conseguido mediante uma chuva de idéias.

c) Na terceira sessão foram reconstruídas as sessões anteriores, para depois priorizar a problemática, construindo o “diagnóstico social” (figura 6) e a “árvore de problemas”, (figura 7) .

Para priorizar os problemas estabeleceram-se os seguintes parâmetros:

- *Que afetará grande parte da comunidade.*
- *Que gerará outros problemas.*
- *Que sua solução incidirá sobre os outros problemas*

Figura 6 - Diagnóstico Social. Bairro 20 de Julho, Chiquinquirá, Boyacá, Colômbia, 1999





**Figura 7 - Árvore de priorização de problemas, Bairro 20 de Julho,  
Chiquinquirá, Boyacá, Colômbia, 1999**



Fonte: Diário de Campo

Baseado nos parâmetros anteriores, o grupo determinou que o principal problema é a pobreza e a marginalidade, devido a que dele surgiam os demais. Diante desta situação, as expressões das pessoas foram as seguintes:



- *Como somos pobres, não nos ouvem.*
- *A pobreza é a mãe de todos os males.*
- *Quando se é pobre, ninguém o ajuda.*
- *Não temos apoio para melhorar a situação.*
- *Por sermos pobres, nem nós nem nossos filhos têm oportunidades.*
- *Como somos pobres, temos muitas necessidades como:*
  - *As crianças não podem ir ao colégio.*
  - *Temos baixas rendas, se temos para o aluguel não temos para a comida.*
  - *Não podemos ter uma casa boa.*
  - *Não temos trabalho.*

Diante desta problemática, o grupo propõe as seguintes soluções:

- *Buscar apoio para criar microempresas.*
- *Prepararmo-nos e capacitarmo-nos, porque se não lutarmos por nós mesmos, quem o fará?*
- *Buscar espaços para pensar e fazer as mudanças a tudo que nos afeta.*
- *Ter fé em Deus e ajudarmo-nos.*
- *Vencer as dificuldades.*
- *Aproveitar a experiência de outros.*
- *Não sermos egoístas.*

O diagnóstico realizado baseou-se no princípio fundamental “conhecer para atuar”, para utilizá-lo como um vínculo ou elo de ligação entre a programação, a investigação<sup>5</sup> e a ação. Foi elaborado de maneira dialética, interativa e retroalimentada, mediante a participação ativa do grupo.<sup>6</sup> O processo de definição de necessidades somente pode ser determinado de maneira real por aqueles que são diretamente afetados por situações de iniquidade. Diversos estudos mostram que, inclusive entre os mais pobres, privam as razões não econômicas. Nas ações coletivas são importantes as noções de justo, injusto, dignidade e respeito, que influem em suas decisões.<sup>7</sup> Estes elementos se refletem quando se determinam como problemas a insegurança, o desemprego, a pobreza, a falta de

<sup>5</sup> ANDRES-EGG, E; AGUILLAR, M.J. *Diagnóstico social*, Lumen Buenos Aires, 1995, p. 22

<sup>6</sup> TORRES, A. *Movimentos sociais*, p.19

<sup>7</sup> *Ibidem*, p.19

recreação, por sua relação direta com as condições de vida e a satisfação de necessidades básicas.

Não existe coerência ou correspondência entre os diagnósticos profissionais e populares, como se evidencia no Plano Local de Saúde. Aspecto que deve ser levado em consideração na implementação de políticas como a de promoção da saúde, porque a efetividade dos programas de promoção social e de saúde dependem do conhecimento, modos de pensar, atuar e das necessidades da população.<sup>8</sup>

É evidente, então, a importância da valorização das necessidades da comunidade, para que a saúde se constitua em uma fonte de riqueza da vida cotidiana. As ações de saúde deverão ser concebidas relacionadas ao seu ambiente e seu significado: as pessoas necessitam viver sua vida cotidiana, suas ações possuem regras e significados no contexto dessa vida e relacionam-se com seus sonhos e com a realidade, algumas formam parte de suas rotinas, algumas se desviam e outras são impostas.<sup>9</sup>

Para garantir o êxito das políticas públicas saudáveis em sua gestação e desenvolvimento é indispensável contar com a decisão, o apoio e o compromisso da comunidade. Processo que leva ao resgate das práticas e costumes sociais que promovem e protegem a saúde, nas quais serão identificados e reconhecidos, necessariamente, elementos valiosos do componente informal da comunidade, ou seja, supõe identificar as aspirações ou ideais de saúde da sociedade.<sup>10</sup>

Os parâmetros anteriores constituíram o ponto de partida do diagnóstico participativo, o qual reflete as preocupações dos afetados diretamente pela problemática aqui estudada. São os atores sociais e não os profissionais que identificam e definem esta problemática, e por sua vez tendem pela procura de suas próprias soluções. Neste sentido, o fato de reconhecer a carência, a dor, o sentimento de impotência, impulsa a relacionar-se e integrar-se em grupos. A esperança surge deles e eles devem construir as redes que, ao unirem-se, integram e comprometem aos atores em torno a um projeto.<sup>11</sup>

Através dos autodiagnósticos, diagnósticos sociais ou participativos, juntou-se a informação necessária para analisar a situação da comunidade, identificar seus problemas e

---

<sup>8</sup> UCHOA, E. e outro. *Antropologia médica: Elementos conceptuais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença*. Cad. Saúde pública 10,(4). Rio de Janeiro. 1994, pp.497 - 504

<sup>9</sup> KICKBUSCH, I El autocuidado en la promoción de la salud. . Em: *La promoción de salud una antologia*. Publicação científica No. 557, OPS, Washington, D.C. 1996, p. 241.

<sup>10</sup> OPS/OMS. *Crisis de la salud pública*, p. 35

causas, suas aspirações. A partir deles se estabeleceram as bases para definir as ações políticas e objetivos que permitirão enfrentá-los, mediante a promoção de seu desenvolvimento social. Aproveitaram-se ao máximo as experiências e os conhecimentos de todos os integrantes do grupo. Estas colaborações, além de tudo, têm um grande valor educativo, no sentido de que tais experiências e conhecimentos facilitam a adoção de métodos certos de análise da realidade, como elementos fundamentais para o desenvolvimento de determinadas políticas sociais.

Conseguimos aceder e captar objetivamente as características e condições reais da comunidade, enquanto às suas necessidades e carências, e a determinação das potencialidades existentes nela. Articulamos iniciativas comunitárias com políticas públicas nos níveis locais, como estratégia significativa para contribuir ao desenvolvimento da comunidade, na procura da equidade e justiça social, postulados fundamentais do Sistema de Segurança Social vigente, orientados à implementação e execução de políticas saudáveis.

Promover saúde significa satisfazer necessidades básicas (moradia, trabalho, educação), elementos que condicionam o processo saúde - enfermidade,<sup>12</sup> e, como tais, foram apontados dentro da problemática da comunidade em questão. Inserir a promoção da saúde nos projetos de vida dos cidadãos exige o estudo e a compreensão prévias das necessidades coletivas, para desenvolver ações coerentes que consolidem seu posicionamento em diferentes contextos e levem à construção coletiva de projetos de vida saudáveis.

Construir projetos de vida saudáveis implica aprofundar-se na vida das pessoas, grupos e comunidades, suas preocupações e necessidades. São elementos fundamentais para arraigar e posicionar tais projetos nas comunidades. Um dos princípios fundamentais da promoção da saúde consiste em afetar à população em seu conjunto, no contexto de sua vida diária, porque é o âmbito onde se institucionalizam e naturalizam os problemas comunitários e onde é possível que a saúde seja criada e vivida pelas pessoas.

A análise e a reflexão sobre os textos produzidos pelos participantes permitiu estabelecer as seguintes categorias, que evidenciam a problemática da comunidade residente no Bairro 20 de Julio:

---

<sup>11</sup> KISNERMAN, N. *Pensar el trabajo social*, p. 194

- *Pobreza e marginalidade.*
- *Falta de apoio.*
- *Baixo nível educativo.*
- *Necessidades básicas insatisfeitas (saúde, educação, emprego).*

Ou seja, lá existe, conforme à denominação de Mary Richmond (citada por Ander-Egg, 1995, p. 27), uma *evidência social* que para o caso que nos ocupa, o Bairro 20 de Julio se expressa nas dificuldades e falências de tipo social, sua etiologia, suas prioridades, identificadas pela mesma comunidade de maneira espontânea. Na medida em que esses grupos comunitários compartilham experiências na luta pela produção cotidiana da vida, criam táticas e estratégias comuns de sobrevivência e resistência e, configuram suas próprias instituições.<sup>13</sup> Os diferentes grupos que conformam as redes de apoio desenvolvem diferentes atividades para contribuir em solucionar a problemática que afeta a seus moradores.

É transcendental a importância destas organizações comunitárias no estabelecimento das políticas sociais. Constituem-se em intermediários importantes entre os indivíduos, os grupos sociais, as autoridades e instituições externas à comunidade; obtêm informação e apoio para seus membros, em uma dinâmica criativa e eficaz. Este tipo de estudo exige e contribui a criar condições para que as pessoas possam melhorar sua vida. Não se trata de dizer o que têm que fazer para serem saudáveis, mas de dar a maior ênfase possível à participação das organizações comunitárias e não dos indivíduos, pois nisto radica a principal diferença entre a verdadeira promoção e o enfoque de risco.<sup>14</sup>

É uma estratégia, uma resposta idônea à iniquidade que afeta às comunidades colombianas: mais da metade dos colombianos vive abaixo da linha de pobreza e um de cada três colombianos não alcança a satisfazer suas necessidades básicas.<sup>15</sup> No mesmo sentido, outro dos indicadores de iniquidade é o desemprego, que alcançou uma taxa de 19% no ano de 1999 e tende a piorar, com variações tanto em áreas urbanas como rurais, segundo dados difundidos pelo jornal El Tiempo, 14 de junho deste ano. Na Colômbia, a

<sup>12</sup> DUARTE, T. *Opiniones de autoridades de salud.* (Painel). II Conferência Internacional de Promoção da saúde. Ministério da Saúde/OPS, Santafé de Bogotá, 1992, p. 17

<sup>13</sup> TORRES, A. *Movimientos sociales*, p. 59

<sup>14</sup> MILLIO, N. *Políticas de salud y políticas públicas*, p. 79

<sup>15</sup> FRANCO, S. *Promoción de la salud ao servicio de la vida y de la paz.* Palestra. Coloquio Nacional de Pesquisa en Enfermagem. Tunja. 1999, p.6

recessão econômica dos dois últimos anos afeta com maior força às pessoas menos favorecidas. As estatísticas também revelam que o desemprego é 10 vezes maior em relação aos mais ricos: a taxa de desemprego entre o 10% mais pobre do país chega a 61%, ou seja, seis de cada dez colombianos pobres encontram-se desocupados.<sup>16</sup> E desta crítica situação não escapam as denominadas cidades intermediárias, entre elas Chinququirá, e, dentro dela, o alvo de nosso estudo, o Bairro 20 de Julho.

O conceito de pobreza se definiu em um contexto social determinado, em uma comunidade concreta e em um momento histórico dado. Nesta perspectiva a pobreza relaciona-se com a impossibilidade para satisfazer necessidades humanas básicas e participar plenamente da vida social.<sup>17</sup> O significado que o grupo outorgou à pobreza esteve marcado pelas dificuldades que tem enfrentado essa comunidade no desenvolvimento de suas próprias vidas, as de suas famílias, em seu relacionamento com os outros e o meio ambiente. Assim se corrobora que a pobreza é cambiante e dinâmica, não é homogênea.<sup>18</sup>

Para abordar e considerar problemas como a pobreza e a marginalização, necessariamente temos que situar-nos no ápice de uma perspectiva sociopolítica. As raízes destes fenômenos encontram-se nas estruturas econômicas e sociais. Portanto, o fator determinante é o econômico e os processos participativos geram ações para contra-atacar a marginalização,<sup>19</sup> através de diferentes mecanismos, como os utilizados pelos habitantes do 20 de Julho, com a conformação de grupos de apoio para contribuir na melhoria de suas condições.

Da mesma maneira, estes grupos se consideram marginalizados ou excluídos não apenas por sua situação socioeconômica, mas também por suas diferenças socioculturais, elementos que serão levados em consideração ao estudar populações deslocadas, as quais percebem e sentem desvantagens com:

- Os processos políticos.
- A satisfação de necessidades particulares, que somente podem satisfazer-se com

---

<sup>16</sup> *El Tiempo*, Santafé de Bogotá, D.C., Marzo 6, 2000, p. 3 A

<sup>17</sup> RESTREPO, H. *La promoción de la salud en el contexto urbano de América Latina*. OPS/OMS División de promoción y protección da saúde. Mimeografado, p.3

<sup>18</sup> KISNERMAN, N. *Pensar el trabajo social*, p. 146

<sup>19</sup> MULLER, F. *Participación popular en programas de atención sanitaria primaria en América Latina*. Medellín: Universidade de Antioquia, 1979, p. 30

políticas diferentes.<sup>20</sup>

As considerações anteriores sustentam as razões pelas quais o grupo identificou a pobreza e a marginalidade como os problemas fundamentais, que fazem a uma população vulnerável a todas as contingências da vida... A pobreza expressa uma distribuição injusta das oportunidades de desenvolvimento e um bloqueio das possibilidades de satisfação das necessidades humanas, desnaturaliza o sentido da democracia e se converte em sua negação mais radical (Amat & otros, 1984 citado por Kisnerman 1998, p. 149).

Os fenômenos de deslocamento e migração para bairros como o 20 de Julho, com o objetivo de procurar trabalho e conseguir condições mínimas de saúde: educação, moradia e alimentação, induzem a produzir o fenômeno denominado “normatização da pobreza”.<sup>21</sup> Tais aspectos incidiram na transformação desta área de Chinquinirá em uma das mais vulneráveis da cidade.

No Bairro 20 de Julho habitam pobres que podem ser classificados como estruturais, os que sempre foram pobres (não têm nada), e os novos pobres, aqueles cuja pobreza é adquirida, possuem algum capital material (casa, móveis) e sociocultural (nível cultural e relações para às quais acodem em caso de necessidade). A este grupo correspondem muitos dos deslocados.

A existência desta problemática implica déficit de qualidade de vida, por insuficiência de renda ou serviços públicos, como água potável, educação, saúde e segurança, fenômenos que, por sua vez, têm gerado alguns processos de participação na comunidade com tendência a modificá-los.

Em sua vida cotidiana os homens buscam a satisfação de suas necessidades, o desenvolvimento da sociabilidade, a autoconsciência e um sentido de universalidade, o que contribui à construção de valores essenciais. São elementos indispensáveis para a implementação das políticas sociais, como a promoção da saúde, já que esta toca em aspectos básicos da vida das pessoas, para a satisfação das suas necessidades.

Os textos produzidos pelas pessoas expressam seus valores e necessidades, tanto individuais como coletivas, pois as experiências vividas pelos grupos de discussão, desde suas próprias tradições culturais e representações simbólicas, conformam um conjunto de

---

<sup>20</sup> YOUNG, K. *El potencial transformador en las necesidades prácticas: Empoderamiento colectivo y el proceso de planificación*. Em LEON, M. Poder y empoderamiento de las mujeres. Universidade Nacional, Tercer mundo editores, Santafé de Bogotá, 1997, pp. 99 - 118



hábitos, interesses e significados que revelam sua própria identidade social. É a resposta para a questão “quem somos?” que corresponde ao **para si**, enquanto que “quem são os outros?” expressa o **para nós** e “como podemos sobreviver?”<sup>22</sup> expressa o **em si**.

Nesse tipo de comunidade, os processos comunitários contribuem à constituição dos sujeitos sociais, na medida em “que podem gerar uma vontade coletiva e abrir um poder que lhes permite construir realidades” com um objetivo concreto. O sujeito coletivo potencializa as possibilidades das experiências compartilhadas<sup>23</sup> e contribui a desenvolver a dimensão expressada por Heller como o **para nós**.

O que é expressado pelo grupo implica que viveu um processo na conquista da consciência de sua problemática individual e coletiva, pois esta só se manifesta na medida em que os sujeitos sociais participam e expõem os seus motivos, revelam ou ocultam seus interesses, debatem, argumentam e constroem<sup>24</sup> alternativas para a melhoria da saúde e a vida.

Nesse processo, a capacidade humana se manifesta como a expansão da liberdade para viver o tipo de vida que as pessoas julguem válida, ou como a habilidade para levar o tipo de vida que consideram valiosa para incrementar suas possibilidades reais. O desenvolvimento das comunidades não consiste essencialmente em aumentar a oferta de bens e serviços, mas sim em descobrir e fortalecer as capacidades, suas capacidades. Para isso é necessário prestar mais atenção à criação, garantir os direitos e convertê-los em capacidades, desembocando o emprego, como contribuição à produção e a geração de receita e seu significado social e humano. (A. Sen. Citado por Montoya, D.1998, p. 124). No meio destes aspectos desenvolveu-se o processo de investigação e se orientaram as ações realizadas pelo grupo para plasmar sua capacidade no desenho e execução de projetos.

O estudo permitiu analisar as práticas de organização populares, ao estabelecer que o nível mais elementar da relação entre aqueles que compartilham a vida cotidiana é o das “necessidades sentidas”. Estas experiências e as relações cotidianas ao redor da mesma problemática, o mesmo espaço, a mesma institucionalidade social, as mesmas atividades, são as que levam a construir redes e tecidos sociais ao redor dos quais se geram as

---

<sup>21</sup> KISNERMAN, N. *Pensar el trabajo social*, p. 150

<sup>22</sup> TORRES, A. *Movimientos sociales*, p. 59

<sup>23</sup> *Ibidem*, p. 150

<sup>24</sup> TESTA, M. *Salud pública: acerca de su sentido y significado*. Em: *Crisis de la salud pública*, p. 223

identidades comunitárias. A partir destas se produzem e reproduzem os conhecimentos e os sistemas culturais que dão sentido e racionalidade às experiências dos atores.<sup>25</sup>

Para sobreviver e satisfazer as necessidades básicas, um aspecto significativo na vida cotidiana dos moradores do Bairro 20 de Julho é sua vinculação à denominada economia informal ou economia popular urbana. Suas características peculiares coincidem com as expostas, a nível geral, na II Conferência Regional sobre a Pobreza reunida em Quito, no ano de 1990, ou seja:

- Seus agentes são familiares pobres e o capital é constituído por suas economias.
- Existe precariedade na gestão administrativa. Apenas uma pessoa desenvolve múltiplas funções.
- Seu objetivo central se baseia na lógica familiar de gerar rendas suficientes para suas necessidades.
  - Utiliza a moradia como lugar de trabalho e incorpora mão de obra familiar.
  - Tem sido ignorada nos programas de desenvolvimento e algumas vezes é considerada como um problema social.
  - Tem dificuldades para incorporar-se ao sistema de economia institucional.

O presente exercício constitui uma primeira aproximação na construção de um caminho em direção da valorização das necessidades nas comunidades, coerente com um conceito de saúde positivo e os fundamentos da promoção da saúde. Assim se possibilitará seu desenvolvimento com uma dupla conotação, tanto no filosófico como no social, mediante uma aproximação à valorização real de necessidades sentidas, de acordo com as expectativas e interesses comunitários.<sup>26</sup>

Apesar de que os serviços de saúde tenham aproximado-se habitualmente ao conhecimento destas necessidades, desde o ponto de vista normativo, raras vezes o fazem através de necessidades percebidas ou sentidas pela população. Desta maneira as aspirações ou necessidades sociais, entre elas a saúde, o trabalho, a moradia, permanecem inexploradas.<sup>27</sup> E esta limitante só é evitada com a construção coletiva de projetos orientados a desenvolver a promoção da saúde nos níveis locais.

O grupo mostrou interesse por abordar, discutir e refletir sobre o significado da

<sup>25</sup> TORRES, A. *Movimientos sociales*, p. 77

<sup>26</sup> LEOPARDI, M.T. *Necessidades sociais e cidadania*. Em *Texto & Contexto*. 1 (1), Enfermagem. Florianópolis. 1992, pp. 54-73

categoria homem, porque “*toda a vida gira ao redor do homem, como ser humano ele é o centro de todos os processos. Ele é o único que sabe o que quer, sabe que recursos tem para aproximar-se do que quer. Além disso, nós somos seres humanos. Como pessoas e homens temos uma responsabilidade*”.

Baseados nesta asserção se reflexionou sobre os conceitos do grupo sobre o homem em si. Esta atividade desenvolveu-se a partir de uma chuva de idéias, com o objetivo de que cada um dos participantes pudesse expressar sua opinião.

A seguir realizaram-se os seguintes passos:

- O grupo reafirmou o tema fundamental de interesse: O homem.
- Estabeleceu-se um diálogo aberto sobre a temática escolhida. Cada participante escreveu suas contribuições.
- Fez-se uma síntese da informação recopilada.
- Analisaram-se os textos finais, para elaborar as categorias correspondentes.

(Ver quadro 1)

**Quadro 1 - Concepção de homem. Grupo “Idade de Oro”, Bairro 20 de Julho Chiquinquirá, Boyacá, Colômbia, 1999**

Categoria Geral	Orações agrupadas por temas	Categorias Indutivas
HOMEM	É um ser humano É o filho de Deus É o centro da vida Faz parte da sociedade Tem necessidades Pensa e sente Ama a liberdade Aprecia o que tem Tem fé Tem consciência Composto de corpo e alma Tem valores	Em si

<sup>27</sup> OMS/OPS. Análisis de la prestación de servicios de salud. 1989-1990. Em Crisis de la salud pública, p. 35

	Busca solução aos seus problemas Vence as dificuldades Relaciona-se com outras pessoas Vive em comunidade.	Para si
	Relaciona-se com outras pessoas Ser solidário É cidadão Respeita aos demais Ajuda na transformação do mundo Pessoa que constrói Pessoa que participa Vive em comunidade	Para nós

*Fonte: Diário de Campo.*

As propostas proporcionadas pelos participantes representam ao homem inserido na vida diária, aquele que se ocupa de múltiplas atividades derivadas do trabalho, da família, seus compromissos religiosos, seus interesses particulares, os problemas da comunidade. Estas ações desenvolvem-se com especial dedicação e preocupação, pois revelam ao homem em sua cotidianidade com as contradições próprias da vida humana, seus pensamentos, sentimentos, desejos e necessidades. Neste marco, a vida do homem oscila entre: saúde / doença, amizade / inimizade, bem / mal, justiça / injustiça, vida / morte, felicidade / tristeza, paz / guerra, satisfação / insatisfação, abundância / escassez (Diário de campo).

Para a filosofia contemporânea, o tema central é o homem concreto, real, histórico, econômico e político, ou seja, vai além de uma concepção abstrata a considerá-lo em sua cotidianidade,<sup>28</sup> não como indivíduo isolado, mas em sua relação social, definido em e pela sociedade: ser ativo social, econômico, político, cultural, ético e histórico.

As representações do grupo diante da categoria homem, indicam diversas aproximações às estruturas essenciais, como as seguintes:

- Ao reconhecer que o homem é o filho de Deus (tem espírito), corresponde a uma visão que tem suas raízes na antigüidade, provém da perspectiva bíblica, no ápice da visão

semita, que planteia uma concepção unitária do homem. A teoria de Orfeo sobre o homem, fundamentada na divisão entre o corpo e a alma, teve uma forte influência no pensamento filosófico da Grécia e até mesmo no cristianismo. Esta proposta baseou-se na relação dialética entre opostos. Esta postura é coerente, dada à orientação religiosa e à presença de catequizadores no grupo. Além do mais, as leituras utilizadas para a reflexão geralmente têm uma orientação religiosa. A composição corpo – alma mostra também uma proposta antropológica,<sup>29</sup> defendida pela antropologia helenística e o pensamento cristão, este último liderado por Santo Agostinho e Santo Tomás.

- A referência ao ser pessoa relaciona-se especificamente ao homem que pensa, que tem consciência, sentimentos, é inteligente. São aspectos que o diferenciam dos animais. Além disso, o homem ocupa um lugar na sociedade. Posições semelhantes aparecem no século VI, quando o pensador neoplatônico Boecio definiu ao homem como “uma substância individual de natureza racional”, posição compartilhada por Santo Tomás ao determinar que o homem é pessoa, quando o indivíduo é capaz de pensar de maneira autônoma e, além disso, é portador de seus próprios atos. Cada pessoa é original e singular. O conceito contemporâneo de ser pessoa se interpreta a partir da estrutura da liberdade. Ser pessoa é estar aberto aos outros e ao mundo, é experimentar-se e conhecer-se como um sujeito diferente. Com relação a isso, algumas das expressões do grupo do Bairro 20 de Julho têm esta orientação.

- O homem como sujeito da política é expresso como cidadão, o que participa, o que constrói e o que transforma. Esta postura expressa o *para nós*, onde a linguagem desempenha um papel fundamental. Os diferentes indivíduos se promovem à esfera política como cidadãos, ao reconhecer seu dever com a cidade, com a comunidade, com a sociedade. Ele pode transformar sua cidade, sua comunidade, a sociedade.<sup>30</sup> Estes são elementos presentes, que constituem propósitos fundamentais do grupo do Bairro 20 de Julho.

- O homem no mundo refere-se ao cotidiano. Para os habitantes do Bairro 20 de Julio o mundo é sua casa, seu bairro, ou seja, as esferas onde se move e desenvolve sua vida. O homem além de compartilha a vida com os outros homens, nasce em comunidade,

<sup>28</sup> SAN MARTIN, J. *El sentido de la filosofía del hombre*. Anthropos, Madri, 1988, p. 166

<sup>29</sup> HOLGUÍN, A. *La pregunta por el hombre*. Planeta, Bogotá, 1988, pp. 39 - 41

<sup>30</sup> DAMASO, R. *Justiça social e cidadania da saúde: para uma crítica da moral sanitária*. En: Eibenschutz, C. (Org.) *Política de saúde: O público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, pp. 267 – 291.

onde desenvolve uma comunicação de interesses, projetos e expectativas de todos os indivíduos em relação com o mundo. Nestas inter-relações se dá a satisfação das necessidades básicas. A essência do homem é permanecer, estar e ter um mundo. Ao estar em relação com outros põe em manifesto o carácter de alteridade, que influi nas relações comunitárias, representada nas expressões “respeito pelos outros”, “solidariedade”... A vida comunitária do homem, como ser vivo e como ser no mundo, implica estar aberto aos demais, compartilhar com os outros. Nestas dimensões se expressa o “*para nós*” e destaca-se o homem como ser político e como cidadão. É nesse mundo onde o homem transita as categorias *em si, para si e para nós*.

- Ser homem autenticamente é estar aberto aos demais em um processo de alteridade, como condição para a convivência, a solidariedade. É a culminação do homem como ser coletivo e como ser político. Respeitar ao outro significa respeitar seus pontos de vista com a premissa implícita de que pode ter sua parte de razão, de que nenhuma olhada vê a totalidade da imensa paisagem humana, de que nenhum projeto é suficientemente vasto para reunir e satisfazer a variedade inacabável das aspirações e necessidades.<sup>31</sup> É a expressão do *para nós*.

Com relação a isso, as diferentes visões do grupo sobre o homem representam as formas como o homem se objetiva, mediante atividades como o trabalho e a linguagem, como transmite o aprendido, como comunica suas experiências e suas representações do mundo a partir da vida cotidiana. O pensamento cotidiano é heterogêneo, expressa a existência de diferentes interesses, motivações, necessidades e inquietudes cotidianas.

Os textos e apreciações dos membros do grupo do Bairro 20 de Julho confirmam que são produto de um mundo comum, comunicativo, onde acontecem diferentes experiências, que constituem o mundo intersubjetivo, compartilhado com aqueles que interatuam no cotidiano. Neste realiza-se a sociabilização, constroem-se as imagens do homem, da sociedade e da comunidade. E aí se originam os diferentes projetos de vida.

- O homem se faz ser humano na medida que compartilha sua vida com os outros homens, que fala seu idioma e entende seus símbolos, seus valores, suas necessidades, suas esperanças e dificuldades, que convive socialmente, na medida em que desenvolve uma

---

<sup>31</sup> TORRES, H. Soberanía y participación, p. 6



cultura, uma forma de ver o mundo e de transformá-lo.<sup>32</sup>

As representações dos participantes levam implícito o desenvolvimento das categorias: *em si, para si e para nós*, enquanto que o âmbito do cotidiano permite a construção – desconstrução do indivíduo em três momentos de análise:

- O individual, o familiar, o cotidiano que corresponde ao *em si*.
- O momento do coletivo, da identidade do horizonte histórico compartilhado, não agregado de indivíduos mas sim como espaço de reconhecimento comum. Se dá o trânsito do *para si* ao *para nós*. (O sublinhado é da autora deste estudo).
- Momento de força do projeto com capacidade de desenvolver práticas dotadas de poder.<sup>33</sup> Corresponde à ação e ao fortalecimento do *nós*, que para o caso da comunidade do Bairro 20 de Julho correspondeu às atividades educativas, à elaboração de projetos e à gestão perante diferentes entidades governamentais e não-governamentais, de ordem local e nacional.

O mundo das necessidades está articulado à vida cotidiana, especificamente na categoria do *em si*, sua satisfação no desenvolvimento das categorias *para si e para nós*, como expressão do homem, como condição de um conteúdo de valor positivo. É necessário que na concepção e implementação das políticas públicas não se percam de vista as características dos indivíduos como membros de uma comunidade, aos quais corresponde criar novas possibilidades e oportunidades para a manutenção da saúde e a dignificação da vida, tarefa que tem perspectivas a partir do conhecimento do âmbito da vida cotidiana, pois aí se expressam as necessidades, os desejos, as aspirações e as possibilidades no futuro.

O grupo refletiu sobre o significado que tinha para eles a participação. Uma vez determinada a temática a trabalhar, a informação foi coletada de maneira participativa, na dinâmica “La Ficha”.

Com o objetivo de contestar a pergunta: O que é a participação e para que participamos?, os participantes expuseram as seguintes expressões:

*Estabelecimento de boas relações com a comunidade.*

*Aceitação das opiniões de cada um.*

*É uma forma de expressar nossas idéias e inquietudes dentro da*

<sup>32</sup> VERNOT, A. *Desarrollo comunitario*, p. 6

<sup>33</sup> TORRES, A. *Movimientos sociales*, p. 67

*comunidade e colocá-las em prática.*

*É um processo de nos relacionar com os demais.*

*É um grupo de pessoas que aportam idéias entre si para solucionar os problemas.*

*É a organização de uma comunidade ou família para solucionar os problemas.*

*E sobre a pergunta: Para que participamos?*

*Para colaborar nas atividades programadas no bairro.*

*A união faz a força.*

*Para oferecer alternativas ou solução aos problemas como o asseio, a insegurança, a falta de trabalho, o cuidado das ruas.*

*Para desenvolver ferramentas de ação que nos permitam decidir sobre nossos problemas.*

*Unir as forças para que as coisas mudem.*

Os textos, produto do trabalho grupal, foram classificados para elaborar categorias indutivas, no quadro 2.

**Quadro 2 - Concepção de participação comunitária. Grupo Edad de Oro, Bairro 20 de Julio, Chiquinquirá, Boyacá, Colômbia, 1999**

Categoria Geral	Orações agrupadas por temas	Categorias Indutivas
PARTICIPAÇÃO	Colaborar nas atividades e na solução de problemas. Organização para solucionar problemas. A união faz a força. Ações para decidir.	Colaboração Promoção – Desenvolvimento Comunitário.  Nível de decisão
PARA QUE PARTICIPAMOS	Para conseguir desenvolvimento pessoal. Buscar oportunidades. Aprender e capacitar-nos.  Comunicar-nos e ajudar-nos. Buscar um futuro melhor.	Desenvolvimento humano.  Satisfação de necessidades.

	<p>Criar fontes de trabalho.</p> <p>Melhorar a forma como vivemos.</p> <p>Buscar apoio.</p> <p>Solução aos problemas como: asseio, cuidado das ruas, insegurança.</p> <p>Impulsionar projetos que nos beneficiem.</p>	<p>Desenvolvimento da comunidade.</p>
--	---	---------------------------------------

*Fonte: Diário de Campo.*

O grupo expressou suas opiniões diante do conceito de participação, em duas direções: de um lado, como parte da experiência em suas relações e ações cotidianas, e de outro como parte das próprias expectativas do grupo em um âmbito amplo de possibilidades, em busca da satisfação de necessidades.

As práticas cotidianas constituem o eixo e referência das atividades comunitárias. O compartilhar processos nascidos nas comunidades leva à recuperação do cotidiano, como espaço de vida de conhecimento, de interação, de construção e de sentido. Isto se reflete nas construções textuais dos participantes através dos diferentes conceitos que se abordaram.

Em relação ao tema específico de participação se obtiveram três categorias indutivas:

Como colaboração, como promoção e desenvolvimento comunitário e como nível de decisão.

• **A participação como colaboração** relaciona-se com a dos usuários nos programas institucionais. Este tipo de participação costuma ser patrocinado e não tem interesse em desenvolver processos que não correspondam às comunidades, nem desenvolvem sentido crítico, de autodeterminação e de consciência sobre seus direitos, nem sobre o sentido que comportam as ações programadas e decididas pelas instituições. Este nível de participação é a expressão clara da instrumentação, ao utilizar a comunidade para desenvolver e agilizar ações institucionais. Esta talvez é a concepção que prevalece nas diferentes instâncias do Estado, a nível local. Nesta modalidade não se valorizam os processos de participação genuína nas comunidades, como no caso concreto do 20 de Julho, que de alguma maneira podem facilitar na implementação das políticas públicas nestes níveis.

Esta não é uma participação certa, pois o sentido correto dela não se restringe à distribuição de tarefas à população que são decididas pelos técnicos e profissionais da saúde, mas sim o compromisso com as atividades que os cidadãos crêem pertinentes

realizar, em função dos interesses coletivos e individuais na saúde. Tampouco é participação estar representado em instâncias de decisão e gestão.<sup>34</sup>

- **A participação como promoção e desenvolvimento comunitário** implica o reconhecimento da autonomia dos grupos, de seus valores culturais, sociais e organizacionais. Os processos que geram o desenvolvimento comunitário partem sempre das necessidades e dos interesses dos grupos comunitários.

Os processos participativos iniciam-se nas comunidades com o fortalecimento da consciência comunitária e a coesão dos grupos, mediante estratégias de organização e ações para realizar projetos de infra-estrutura, que no caso do Bairro 20 de Julho estão representados pela vinculação da comunidade à construção da escola, da sede da Userbas, de vias, da igreja. Tais ações se processam no bairro através da Junta de Ação Comunal.

No desenvolvimento das políticas sociais, é de suma importância não desconhecer os processos que se dão nas comunidades para responder a suas necessidades, os quais geram espaços de interesse coletivo, onde os indivíduos se agrupam para resolver situações ou problemas comuns. Assim se obtém e consolida-se o sentido de comunidade, que possibilita a concretização de ações comuns, a incorporação à vida nacional ou local e leva ao início de processos realmente transcendentais, cujas realizações vão mais além dos objetivos do programa literalmente proposto.<sup>35</sup>

As diferentes manifestações de organização e participação comunitária, como as que se evidenciam no Bairro 20 de Julho, constituem tentativas das comunidades de não isolarem-se, satisfazerem necessidades básicas, integrarem-se às diferentes estruturas sociais e políticas existentes. Esta participação se sobrepõe, em alguns casos, à prestação de serviços a baixo custo e à realização de obras de infra-estrutura.

É necessário entender que a identidade comunitária transcende o ápice do local e imediato, porque constitui uma resposta à problemática das comunidades com um duplo objetivo: a declaração das necessidades comuns e seu conhecimento e tratamentos explícitos para superá-las com a ação organizada, em função dos valores compartilhados. É uma tarefa que realizam inicialmente as denominadas *comunidades intencionais*, as quais se convertem em *comunidades críticas*, na medida em que identificam, por meio da

<sup>34</sup> EIBENSCHUTZ, C. *Atención a la salud y poder ciudadano: Elementos clave en la articulación pública/privada*. Em política de saúde: O público e o privado. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995, pp. 255 – 265.

<sup>35</sup> SONIS, A. *Medicina sanitaria y administración de salud*. Ateneo, Buenos Aires, 1971, p. 110.

reflexão deliberante e da auto-reflexão, algumas das formas em que a cultura vigente limita ou restringe a formação e manutenção das comunidades (Kemis, 1995).

As experiências iniciais de participação comunitária surgiram no Bairro 20 de Julho intencionalmente, perante fenômenos como a mobilização de pessoas de outros lugares, dada à tendência natural a aproximarem-se e solidarizarem-se com grupos sociais “deserdados”, advogar de alguma maneira por seus direitos e realizar ações para transformar suas condições de vida. E, ao mesmo tempo, se convertem em forças sociais com capacidade de incidir nas políticas públicas e na orientação da sociedade como um todo<sup>36</sup>. Ou seja, o exercício da sua cidadania.

- A participação compreendida como um nível de decisão significa um avanço à participação autônoma, compreendida como co-gestão, cujo significado é o de intervir em decisões que afetam a vida das comunidades. Supõe a descentralização e democratização do poder e dos mecanismos para aceder a ele.<sup>37</sup>

A co-gestão da saúde implica intervenção de todos os atores nos processos para operacionalizar as políticas de saúde, nos diferentes contextos de elaboração de propostas, na conformação de prioridades, na definição de responsabilidades, na auditoria de seu cumprimento, sem que nenhum deles tenha que alienar sua autonomia... Neste processo expressam-se vários tipos de interesses, enfoques, percepções e expectativas, que refletem o conflito e a assimetria derivada das relações de poder. Qualificar a participação comunitária neste processo significa fortalecer sua autodeterminação e capacidade para intervir nele com propostas próprias, deliberar e pactuar soluções que contribuam à satisfação das necessidades básicas.<sup>38</sup>

A participação neste nível conduz a processos de construção da democratização da política pública, da formação do cidadão e do sentido público, mediante a incorporação de ações educativas explícitas<sup>39</sup> para sensibilizar e formar os sujeitos dos projetos,<sup>40</sup> e de desenvolvimento social nas comunidades. No caso do Bairro 20 de Julho, o aspecto educativo dirigiu-se a satisfazer as expectativas do grupo, com a capacitação dos integrantes de algumas microempresas comunitárias, para gerar emprego e melhorar suas

<sup>36</sup> TORRES, A. *Movimientos sociales*, p. 97

<sup>37</sup> DE ROUX, G. *Participación y gestión en salud*. Em *Educación médica e saúde*, Vol. 27 (1), OPS, Washington, D.C. 1993, pp. 50 – 60.

<sup>38</sup> *Ibidem*, 50 - 60

<sup>39</sup> ESPINOSA, A, FRANCO, S. e outros. *La promoción de la salud*, p. 8

condições de vida. Entendeu-se promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e de saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

O grupo participou ativamente em todo o processo educativo (planejamento, programação, execução e avaliação), como produto da ação interseccional com entidades como o SENA (Serviço Nacional de Aprendizagem) e o ICBF (Instituto Colombiano de Bem-estar Familiar). Estas entidades contribuíram com os recursos humanos, técnicos e físicos, que possibilitaram a realização de 5 oficinas.

- A primeira oficina foi de “Padaria”. Desenvolveu-se dentro do bairro, com uma intensidade de 40 horas, a cargo do SENA. Como resultado à capacitação conformaram-se três microempresas familiares. Segundo versão dos proprietários, até agora os resultados têm sido satisfatórios.
- A segunda oficina, “Preparação de alimentos à base de soja”, realizou-se com o apoio direto da Presidência da República, através do Voluntariado Feminino da Primeira Dama, e do Instituto Colombiano de Bem-estar Familiar. Teve uma duração de 8 horas.
- A terceira oficina, “Gestão empresarial” nível I, obedeceu aos interesses e necessidades do grupo interessado em montar uma a microempresa. Foi desenvolvido pelo SENA, com uma intensidade de 40 horas.
- A quarta oficina, “Gestão empresarial e Marketing” Nível II, teve uma intensidade de 30 horas.
- A quinta oficina, “Cooperativismo”, como requisito para conformar uma microempresa tipo cooperativa, com uma intensidade de 25 horas.

O produto do processo de capacitação e educação constituiu-se a conformação da **“microempresa de produção de alimentos de soja”**. Os aspectos técnicos, legais, jurídicos e comerciais se requerem para o desenvolvimento da microempresa evoluem com a assessoria do SENA, de maneira permanente.

Os processos de capacitação e de gestão da microempresa exigiram apoio e compromisso permanente, mediante o estabelecimento de coordenação interinstitucional e intersetorial, para levar ao feliz termo o projeto. Além disso, o projeto apresentou-se ante

---

<sup>40</sup> TORRES, A. *Movimientos sociales*, p. 97

instâncias governamentais com o objetivo de mostrar a experiência e procurar apoio financeiro para assegurar sua sustentabilidade.

O projeto é uma resposta às mudanças acontecidas nas últimas décadas, que repercutiram na saúde pública, pelo aumento da pobreza e a exclusão da população pobre de bens e serviços. Aplica a objetividade e a intersubjetividade para interpretar a ciência como um projeto humano, no sentido de que o conhecimento se transforma não apenas na consciência da necessidade mas sim na ação.

As mudanças ou transformações sociais não dependem unicamente das convicções da razão, mas também da própria ação que se gera dentro de uma interpretação diferente, produto das particulares formas de vida, trabalho, linguagem e poder que geram os atores e sujeitos sociais. Estes se conformam e objetivam social e subjetivamente no cotidiano.<sup>41</sup>

Para conseguir um verdadeiro impacto e efetividade das políticas públicas, é necessário trabalhar com os sujeitos que desde o mundo da vida cotidiana assumem uma atitude racional, viabilizam, dirigem e organizam projetos, como uma forma de concretizar as políticas de saúde mediante a operatividade política,<sup>42</sup> nos espaços locais.

Sem dúvida o âmbito local, como o caso do Bairro 20 de Julho, permite desenhar e implementar projetos de organização e articulação intersetorial em espaços definidos. Esta implementação supõe a seleção e promoção de experiências e iniciativas centralizadas em um espaço geográfico e umas populações definidas<sup>43</sup>, onde a ação coletiva se define a partir de como as pessoas atuam conjuntamente para conseguir os interesses que compartilham.<sup>44</sup>

Mediante o impulso de experiências de desenvolvimento das comunidades saudáveis, pretende-se gerar processos no âmbito da cultura da saúde e da finalidade última da promoção da saúde. Desenvolver nas comunidades pactos pela saúde, fundamentados na construção de cidadania e no desenvolvimento da capacidade dos cidadãos para realizarem seus interesses e negociá-los para superar as condições problemáticas.<sup>45</sup>

A participação efetiva é a que organiza a comunidade para fornecer ao poder público informação sobre as necessidades de sua população. Também é a convocada pelas pessoas

---

<sup>41</sup> GRANDA, E. *El sujeto y la acción de la salud pública*, pp. 1 – 18

<sup>42</sup> TESTA, M. *Salud pública*. Em: *Crisis de la salud pública*, p. 225.

<sup>43</sup> OPS / OMS. *Análisis de la prestación de servicios de salud (89 – 90)*. Em: *Crisis de la salud pública*, p. 46

<sup>44</sup> GIDDENS, A. *Sociologia*. 636



para executar programas definidos pelos burocratas, que tenham interesse na satisfação das necessidades e na melhoria da qualidade de vida do coletivo.

Se os processos descentralização no âmbito local são utilizados como estratégia para a democratização do serviço público, é necessária uma participação social que afete as decisões estratégicas da administração, dos orçamentos e do planejamento. Não é possível fazer uma gestão da política social senão mediante estratégias que relacionem os indicadores e os setores sociais com a dinâmica sócioprodutiva.<sup>427</sup>

Esta dimensão da participação implica numa relação humana que exige uma comunicação permanente e uma consciência crítica entre os integrantes do grupo, as quais são implementadas com estratégias que gerem responsabilidades e compromissos.

Assim a participação comunitária se constitui um recurso essencial na construção de alternativas de soluções de determinadas problemáticas. Neste sentido temos de entender a participação não apenas como a realização de ações de saúde, mas sim como ator fundamental na tomada de decisões. Seu objetivo central aponta à transformação das relações sociais e das condições de saúde que favorecem a marginalização, o adiamento e a desesperança.

Coerente com os objetivos da investigação e os interesses e as motivações do grupo, refletiu-se sobre a categoria saúde, para o qual se utilizou a dinâmica participativa denominada: “Compre a estrela”. Para os participantes, o conceito “saúde” significa:

- *Felicidade é tudo: poder trabalhar, poder pensar.*
- *Sentir-se bem*
- *Saúde espiritual e material.*
- *Paz, tranqüilidade, comer e viver, dar amor às pessoas.*
- *Liberação.*
- *Poder ter uma família com muito amor.*
- *Sistema de vida de cada de cada um.*

---

<sup>45</sup> ROZENTAL M. La promoción de la salud, p. 8

<sup>427</sup> RESTREPO, D. Agenda de la descentralización: Proximo cuatrienio. Parcomún. No. 3 Santafe de Bogotá, 1994, p. 41

- *Alegria.*
- *Vida*
- *A saúde é o mais importante.*
- *Não estar doente.*
- *Ir ao médico quando adoecemos.*

Continuando, realizou-se a análise correspondente para obter as categorias indutivas, cujo resultado se resume no quadro 3.

**Quadro 3 - Concepção de saúde Grupo Idade de Oro, Chinquinirá, Boyacá. Colômbia,1999**

<b>Categorias gerais</b>	<b>Orações agrupadas por temas</b>	<b>Categorias indutivas</b>
<b>Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Felicidade, alegria, paz, tranqüilidade, amor, liberação.</li> <li>• Vida</li> <li>• Não estar doente. Poder caminhar, pensar, trabalhar, comer.</li> <li>• Há que visitar o médico</li> </ul>	Requisitos para ser saudável
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentir-se bem. Bom viver</li> <li>• A saúde é o mais necessário.</li> <li>• Com saúde podemos trabalhar.</li> <li>• A saúde não é um castigo.</li> <li>• A saúde é o mais importante.</li> </ul>	Conceito de Saúde

*Fonte: Diário de Campo*

A informação coletada mostra a percepção dos participantes diante da saúde e os requisitos para serem saudáveis.

Ambos significadas relacionam-se com atividades próprias do ambiente mais próximo, quer dizer, a saúde tem afinidade com a tranqüilidade da vida cotidiana, produto

da garantia efetiva dos principais direitos, especialmente o direito à vida, e com a satisfação das necessidades fundamentais, mediante o acesso às oportunidades e serviços socialmente construídos<sup>46</sup>. Ou ainda, com as condições sobre as quais se fundamenta a saúde: paz, moradia, trabalho e educação (Ottawa,86).

A paz relaciona-se com tranquilidade, bom funcionamento, relações harmônicas. A paz é antes de tudo saúde política, produto de pactos humanistas, de normas e valores compartilhados e de condições de igualdade na riqueza e oportunidades. Como direito e necessidade social, a saúde faz parte do conjunto de elementos e preocupações da sociedade. Neste sentido é possível que a situação que viveram algumas pessoas do grupo, na qualidade de desalojados e afetados pela violência, tenha um grande significado no referente à saúde.

As explanações do grupo, no referente aos quesitos para ser saudável, devem ser ponto de referência e ressaltam a integridade como princípio fundamental no desenvolvimento das políticas sociais. A inevitável interdependência entre moradia, alimentação, saúde, educação, recreação,<sup>47</sup> permite projetar o trabalho em saúde para as ações intersetoriais e interdisciplinares, base sobre a qual se desenvolvam e implementam as políticas sociais vigentes.

Os conceitos de saúde - doença evoluíram, conforme os processos econômicos, políticos e culturais vividos em diferentes períodos históricos. Dentro dos diversos modos de produção, a saúde e doença foram entendidas de forma diferente pelas comunidades, ainda que sempre com o objetivo de conservar-se saudáveis, mediante a satisfação de suas necessidades. Assim a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas sim o modo característico de adoecer e morrer dos grupos humanos.<sup>48</sup>

O nível de saúde e o nível de vida expressam o grau de desenvolvimento de uma comunidade e sua promoção não pode considerar-se de maneira isolada da melhoria das condições econômicas, educativas, sociais e políticas.<sup>49</sup> O importante é criar condições para que as pessoas possam melhorar sua saúde e sua vida. Não é dizer-lhes o que tem que fazer para serem saudáveis, mas sim utilizar e desenvolver a promoção da saúde como

<sup>46</sup> FRANCO, S. *La salud en la construcción de la paz*. Em: *La salud en la agenda para la paz*. Santafé de Bogotá. Corporação Saúde e Desenvolvimento, Santafé de Bogotá, 2000, p. 10

<sup>47</sup> *Ibidem*, p.11

<sup>48</sup> LAURELL, A C. *La Salud enfermedad como proceso social*. Em *Rev. Latinoamericana de Salud*. No. 2. México. Nueva Imagen, 1982, p.8

<sup>49</sup> SONIS, A. *Medicina sanitaria*, p. 113

estratégia de política pública saudável, a partir da participação e o fortalecimento comunitário.<sup>50</sup>

Entendida como vitalidade, como a capacidade de resolver problemas, como a capacidade de criar modos novos e mais gratificantes de viver, a saúde é um fato cultural, quer dizer, um fato político, econômico e social, ligado a certo estado de consciência individual e coletiva.<sup>51</sup> O comum das pessoas vigia sua saúde, mas se a saúde não começa no indivíduo, na casa, na família, no lugar de trabalho e na escola, não alcançará a meta desejada por todos. A saúde se faz e se desfaz nos lugares onde os indivíduos vivem e trabalham, quer dizer, no cotidiano.<sup>52</sup>

O ambiente mais próximo à vida cotidiana das comunidades constitui o espaço local como singularidade. Para lá converge a necessidade de criar riqueza e salvaguardar os recursos naturais, a urgência por gerar empregos e responder às necessidades educativas da população. O local nos expõe o desafio de manter uma abertura total ao particular e a capacidade de análise das formas de inscrição do universal no particular (Arocena, 1995, citado por Kisnerman, p.194).

Esta possibilidade do local na promoção da saúde acontece a partir da sua dimensão integral. Também pode operar como instrumento para reconsiderar e redirecionar os serviços de saúde. Diferentes experiências práticas, como as políticas compreensivas da saúde e a reformulação de programas sanitários, as propostas de participação comunitária, permitiram que a promoção da saúde tenha alcançado um novo estado qualitativo em um contexto de análise integral.<sup>53</sup> O trabalho pela melhoria das condições reais de vida e de processos complexos, tanto nos indivíduos como na sociedade, dá prioridade à saúde e ao bem-estar acima dos demais interesses do grupo.<sup>54</sup>

Se a saúde representa a vida, esta não pode estar limitada à sobrevivência e à redução da violência. Se deve inclinar por viver a vida com dignidade, ou seja, a satisfação das

---

<sup>50</sup> MILLIO, N. *Fortaleciendo la capacidad de las comunidades una forma de lograr la salud y la equidad*. Seminario Internacional: Políticas públicas: salud, equidad y democracia. Cartilha de seguridade social No. 3 Medellín 1997, p. 14

<sup>51</sup> TUBURAN, J. *Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en salud*. Díaz dos Santos. Madri, 1992, p. 15

<sup>52</sup> KICKBUSCH, I. DESMOND, O. *Fomentar la salud en la vida cotidiana*. Re. Salud Mundial No. 3, OMS. Ginebra, p.5.

<sup>53</sup> COLOMBIA, Ministério da Saúde. OPS. *Municipios saludables*, pp. 11 - 15

<sup>54</sup> FRANCO, S., OCHOA, D. *La promoción de la salud*, p. 8

necessidades <sup>55</sup> com acesso a oportunidades <sup>439</sup> e serviços socialmente construídos e com possibilidades de desenvolvimento das potencialidades individuais e coletivas.

A saúde tem que ser considerada provavelmente como a capacidade social para gozar a vida, para sentir o prazer de viver, para ter melhor qualidade de vida e portanto depende mais das exigências sociais, da solidariedade, da cultura, que de outros fatores, ainda que estes gerem incapacidade para valorizá-la a partir de outros parâmetros. <sup>56</sup>

A situação de dependência da saúde da população das estruturas econômicas, sociais e culturais, fixam os limites e as possibilidades de conseguir esta autonomia do indivíduo diante da saúde, por duas razões:

- A origem social da saúde – doença.
- O avanço do conhecimento médico sanitário que não está ao alcance do indivíduo.

Os problemas de saúde não constituem problemas individuais, porque sua origem está nas interações sociais e o ambiente social da vida da população. A única forma de enfrentar os problemas de saúde – doença é mudar o tipo de desenvolvimento econômico e social e incorporar a população ao processo de desenvolvimento orientado pelas necessidades da população. <sup>57</sup>

A construção da promoção da saúde exige aprofundar-se na vida cotidiana das pessoas, grupos e comunidades, cenário que constitui o elemento fundamental para o estabelecimento e posicionamento das comunidades. Isto implica, então, conhecer os motivos de preocupação das pessoas, porque assim será possível valorizar se compreende ou não a natureza do problema. O que preocupa aos cidadãos deste país, região ou localidade? As pessoas têm preocupações muito específicas no campo da saúde, e para compreender os estreitos laços que existem entre a saúde e outras inquietudes, é necessário estabelecer essa relação. <sup>58</sup> É uma garantia de êxito das políticas e programas que têm como objetivo criar comunidades saudáveis.

---

<sup>55</sup> COLOMBIA, Ministério da Saúde *Lineamientos de la promoción de la salud y educación para el comportamiento humano*. Santafé de Bogotá, 1995, p. 9

<sup>439</sup> COLOMBIA, Ministério da Saúde. *Resolución No. 39 – 97 de 1996*. Santafé de Bogotá, Centro documentación, Minsalud, 1996

<sup>56 440</sup> NAJERA, E. *La salud pública una teoría para la práctica. Como se precisa su reconstrucción?* Em *Crisis de la salud pública*, p. 126

<sup>57</sup> SAN MARTIN, H. *Crisis mundial de la salud*. pp. 280 - 289

A inserção da promoção da saúde nos projetos de vida dos cidadãos, exige empreender a estudo e compreensão das motivações coletivas, para desenvolver ações coerentes, que permitam seu posicionamento em diferentes contextos e levem à construção coletiva de vida saudáveis.

---

<sup>58</sup> BUCK, C. *Después de Lalonde: La creación de la salud*. Em: *La promoción de la salud una antología*. Publicación científica No. 557. Washington D.C., 1996, p. 6

## CAPÍTULO V

### SÍNTESE REFLEXIVA CONCLUSIVA

A amplitude do conceito de promoção da saúde determina que não existe total consenso sobre seu significado. Os novos paradigmas levam a entender a saúde em uma dimensão social, que exige conceber o homem como um ser integral, como centro dos processos, como sujeito – objeto na transformação da realidade, na presença da vida e o resgate das saúde. Assim se constitui a saúde no elemento essencial da vida cotidiana,<sup>1</sup> o espaço onde se concilia a satisfação das necessidades humanas e as possibilidades de saúde das comunidades. Destes pretextos teóricos surge a formulação da seguinte pergunta.

#### **Como fazer viável a política de Promoção da Saúde nos níveis locais?**

Nestes níveis as comunidades pobres buscam alternativas para satisfazer suas necessidades básicas. Nestes cenários lhes corresponde desempenhar um papel decisivo na execução das políticas e programas sociais dentro da norma vigente. Estas devem formular-se com sua plena participação para que respondam as suas necessidades e idiossincrasias e sejam executadas com sua intervenção ativa. A descentralização aproxima as políticas às necessidades reais e favorece a participação das comunidades, pelas seguintes vantagens:

- A operacionalização de programas em nível local tende a melhorar notavelmente a viabilidade dos objetivos das políticas, porque o município é o ponto de contato com a realidade social e permite identificar estratégias apropriadas para responder às necessidades de cada setor.

---

<sup>1</sup> Vejam-se as seguintes obras: EPP, J. *Un marco para a promoción de la salud*. Em: *La promoción de la salud una antología*, p. 26, FRANCO, S. e outros. *Promoción de la salud y la seguridad social*, p. 5.



- Abre importantes possibilidades de retroalimentação com a comunidade e com grupos, para ajustar ou retificar os processos. A tarefa municipal deve medir-se não com referência a padrões técnicos, mas sim em contraste com o grau efetivo no qual se satisfazem as necessidades sentidas da população.

- Constitui o âmbito adequado para tornar realidade a integração intersetorial.

- O município conta com espaços para facilitar a participação.<sup>2</sup>

- O nível local possibilita romper o divórcio entre as políticas econômicas e as sociais.

As anteriores considerações possibilitam ver o município não desde o ângulo eminentemente técnico – administrativo, mas sim com um significado político e social, responsável no desenvolvimento das políticas sociais. É um espaço definido territorialmente com funções administrativas, políticas, técnicas e sociais definidas, onde se expressam umas relações de produção, uma forma de aplicar a tecnologia à natureza, uma tradição cultural, uma rede de relações de poder, uma história e umas práticas cotidianas (Castells, 1978). Nesta dimensão, o município se constitui um elemento de transformação, onde é possível romper a brecha entre as comunidades e a ação do Estado, através da implementação das políticas sociais, porque é o âmbito mais próximo do cidadão, sensível a suas necessidades. Aí existe a possibilidade da construção e fortalecimento de processos comunitários, o que supõe:

**1 - Entender promoção da saúde como um exercício polifacético que compreende educação, formação, investigação, legislação, coordenação de políticas e desenvolvimento comunitário (EEP. J. 1996, p.29), os quais são possíveis desenvolver e articular nos níveis locais.**

A busca da saúde, através da promoção da saúde, na qual estamos empenhados, não apenas como trabalhadores da saúde, mas também como cidadãos, significa introduzir novos diálogos, novas atitudes, novos interlocutores, novos espaços para a discussão nas intervenções, no trabalho com indivíduos, grupos e comunidades, para possibilitar a construção coletiva de projetos que contribuam em satisfazer as necessidades básicas das comunidades.

---

<sup>2</sup> KLISKBERG, B. *Pobreza el drama cotidiano*. 1.ed. CLAD, PNUD, Tesis Norma, Buenos Aires, 1994, p.109

Assim construiremos seres saudáveis, como objetivo prioritário da promoção da saúde, onde o desenvolvimento humano e social constituam um ponto de convergência, onde as pessoas e o coletivo operem como eixos das políticas sociais e planos de desenvolvimento concebidos de maneira eqüitativa, sustentável, solidária e participativa. Neste ponto, o ser saudável se valoriza por sua capacidade humana e se constitui no recurso fundamental para o desenvolvimento dos povos e comunidades.<sup>3</sup>

Atualmente na Colômbia se dão as condições nos âmbitos locais e municipais, para que os diferentes profissionais do setor da saúde e especificamente da enfermagem, utilizando a estratégia de promoção da saúde, participem na construção de ambientes saudáveis, mediante:

- A associação com diferentes atores, instituições sociais, trabalhadores da saúde e comunidade, na mobilização de esforços e recursos para superar a iniquidade e transformar as condições adversas, na consecução da meta: ser saudável viver saudavelmente.

- Contribuir em desenvolver a cultura da saúde na dimensão social da saúde e cultural da promoção da saúde, assumindo como ponto de partida um conjunto de conhecimentos e práticas nas diferentes ordens em que transcorre o cotidiano e onde a vida é o valor essencial e condição fundamental<sup>4</sup> do cuidado da saúde e da vida, ou como um conjunto de modos, idéias, crenças, valores, atitudes, relações, estilos, instituições, conhecimentos e tecnologia que permitam aos seres humanos construir projetos de vida saudáveis.<sup>5</sup>

- Impulsionar políticas públicas saudáveis, através de mecanismos como a negociação e o ajuste em espaços públicos, administrativos e técnicos, de maneira que o tornar-se saudável diante da doença, a falta de recursos, a inacessibilidade, se convertam em argumentos para participar das agendas daqueles que são responsáveis pelas decisões políticas, sem esquecer que as políticas aplicadas são as que permitem criar opções saudáveis para os indivíduos e os grupos.<sup>6</sup>

- Desenvolver processos de intercâmbio de conhecimentos e práticas que nutram as profissões e transformem as formas de ver, ser, fazer a promoção da saúde, na perspectiva

---

<sup>3</sup> ROZENTAL, M. *La promoción de la salud una visión*, pp. 3 - 7

<sup>4</sup> FRANCO, S. y otros. *La promoción de la salud*, p. 8

<sup>5</sup> ROZENTAL, M. *La promoción de la salud una visión*, pp. 3 - 7

de inovar no cuidado da saúde e assumir os compromissos propostos no processo de viver e ser saudável no presente milênio, o da promoção da saúde.

• Impulsionar o desenvolvimento intersetorial e interdisciplinar das exigências da verdadeira promoção da saúde. O trabalho interdisciplinar leva a que as disciplinas envolvidas no desenvolvimento de ações de promoção da saúde consolidem seu saber e assimilem as transformações, para rever conceitos, aumentar sua base de conhecimentos, transformar a prática e conseguir que o conhecimento nascido da prática, possa ser compartilhado objetiva e subjetivamente.

O trabalho intersetorial visto como uma unidade de frente ao objetivo do trabalho, conforma-se sob uma concepção de saúde positiva, dinâmica, articulada a mudanças econômicas, políticas, ideológicas e culturais; articula estratégias de intervenção nos indivíduos, famílias e comunidades, atuando sobre problemas que afetam a saúde, com base no saber unidisciplinar e interdisciplinar.

## **2 -Entender a participação comunitária como:**

2.1 - Um processo social, no qual intervêm diferentes forças, que atuam em função de diferentes propósitos e interesses. Para seu desenvolvimento é necessário envolver mecanismos de decisão e gestão.

2.2 - Como um processo de intervenção, onde acontece diversas relações de poder dispersas e difusas, as quais repercutem no transcurso da vida cotidiana, onde se expressam e desenvolvem condições objetivas e subjetivas da participação.

Entre as condições objetivas estão:

- A existência de um tecido social de organizações que lhe sirva de suporte aos processos de participação. Sua função é multiplicar os focos de opinião e estimular a confrontação democrática.

- O contexto de liberdades políticas e sociais (os direitos dos cidadãos).

- A existência de canais apropriados para a participação. Sua multiplicação permite a combinação de formas diretas e indiretas de intervenção cidadã e estimula a criação de redes sociais.

---

<sup>6</sup> MILLIO, N. *Búsqueda de beneficios económicos con la promoción de la salud*. Em: *La promoción de la salud una antología*, pp. 48 - 55

Entre as condições subjetivas estão:

- A atitude positiva para com o coletivo, quer dizer, a valorização do solidário por cima do individual e utilitário.
- Aceitação do pluralismo e das formas democráticas de organização social.
- A consciência crítica dos cidadãos sobre seus próprios problemas.<sup>7</sup>
- Gerar processos de fortalecimento da cidadania.

2.3 - Uma participação informada, inteligente, qualificada, comprometida, criativa e com poder real na tomada de decisões. Isto significa que a participação comunitária deve ser entendida como uma participação emancipadora, onde os participantes sejam realmente sujeitos da ação e da tomada de decisões.<sup>8</sup>

2.4 - A estratégia que impulsiona o respeito e o resgate dos processos de participação genuína das comunidades que permitem:

- Projetar a capacidade real das pessoas para incidir diretamente na melhoria da qualidade de vida e os processos de desenvolvimento comunitário,
- Transcender a participação comunitária à elaboração e colaboração de projetos, abrindo espaços de negociação, convergência e decisão em diferentes espaços sociais, de maneira que possam vigiar e controlar a gestão dos serviços públicos.
- Não limitar a participação das comunidades ao local, o setorial e ao desenvolvimento de atividades.
- Valorizar a organização e experiência das comunidades na resolução de conflitos, necessidades e intervenções em sua realidade, para alcançar a satisfação de suas necessidades.
- Valorizar o conhecimento e a sabedoria existentes na comunidade.

O trabalho comunitário desenvolvido por diferentes setores na implementação das políticas sociais, constitui uma alternativa porque abre espaços para interpretar os complexos fenômenos que dão origem ao processo de saúde – doença em diferentes

<sup>7</sup> VELÁZQUEZ, F. Crisis municipal e participação cidadã. Revista Foro 1. Bogotá. 1986, pp. 16-25

<sup>8</sup> Documento para la Cumbre social, contra la pobreza, por la equidad e por la paz. Elementos para la construcción de una política nacional de salud. Em Salud una agenda para la paz, p.132

períodos da vida de homens e mulheres do cotidiano, de suas condições materiais de existência, de seus processos de socialização,<sup>9</sup> que desenvolvem o “em si, para si e para nós”, conformes com o contexto em que se realiza o homem.

As práticas comunitárias de saúde exigem redirecionar e revalorizar o trabalho comunitário, a partir de realidades específicas das comunidades, entre elas sua história, imagens, valores e supõe não desconhecer as razões fundamentais que o originam, expor opções diferentes, outros fundamentos e conteúdos. O presente e o futuro da promoção da saúde impõe desafios para valorizar e fortalecer processos de participação social genuínos e acompanhar às comunidades em seus processos de desenvolvimento baseados em:

- No atual modelo de saúde.
- As políticas de saúde vigentes.
- A transformação, fortalecimento e criação de espaços de confrontação e discussão existentes nas comunidades.

Redefinir o trabalho comunitário em saúde, é abrir um caminho para conseguir legitimar os setores desprotegidos, transformar as normas vigentes, é na última instância reivindicar os direitos sociais, entre os quais está a saúde, que foram cortados, negados ou violados ao longo da história. Portanto, deve-se:

- Assumir o comunitário e a saúde como categoria social, já que o trabalho comunitário nos coloca em frente a uma realidade que se constitui no norte e a essência do que fazer em saúde.<sup>452</sup>

- Redefinir as ações comunitárias em saúde: o trabalho comunitário abre espaços para repensar e atuar diante de complexos fenômenos sociais, políticos, econômicos e culturais, que se vivenciam nas comunidades, com participação ativa das mesmas.

### **3 - Redimensionar a categoria cuidado da saúde e da vida.**

Como eixo da política de promoção da saúde, o desenvolvimento da dimensão sócio-política do conceito de participação comunitária exige a interiorização e reconstrução do conceito de cuidado. Cuidar de alguém no ápice da promoção da saúde é lutar para a

---

<sup>9</sup> ARANGO, Y. El trabajo comunitario como alternativa de los servicios de salud. Em investigación y educación en enfermería IX (1), Facultad de Enfermagem. Universidade de Antioquia, Medellín, 1991, pp. 11-17.  
<sup>452</sup> *Ibidem*, pp. 11-17

ampliação do coeficiente de autonomia dessa pessoa, grupos ou comunidades, propiciando o entendimento de sua vida cotidiana, de seu corpo, de sua doença, de suas relações com o meio social e em conseqüência, instituir normas que ampliem a possibilidade de sobrevivência e de qualidade de vida.<sup>10</sup>

O cuidado da saúde e da vida constitui a estratégia fundamental para alcançar o desenvolvimento da promoção da saúde, mediante:

- A transformação dos sujeitos em agentes sociais conscientes.
- A transformação das necessidades praticas dos sujeitos, grupos e comunidades em interesses estratégicos que gerem ação<sup>11</sup>

O cuidado da saúde e da vida nos espaços comunitários possuem semelhanças com os requisitos descritos por Sara Evans (1979)<sup>12</sup>, para lograr uma identidade coletiva insurgente, fim último da promoção da saúde, em aspectos como os seguintes:

- Espaços sociais ou espaços institucionais livres que permitam aos membros do grupo desenvolver um sentido independente de valia.
- Modelos de pessoas que rompem com os padrões de passividade.
- Existência de uma visão de futuro diferente.
- Rede de comunicação e amizade.
- Contribuir para criar conhecimento.

O cuidado da saúde do coletivo enriquece o pensamento a partir de processos criativos e críticos dos sujeitos, da reconstrução do sentido das ações por realizar, para transformar as condições de vida e saúde.<sup>13</sup> Exige ao setor de saúde reforçar seu papel e comprometer-se na construção coletiva das políticas públicas saudáveis, entre as quais destaca-se a promoção da saúde com uma postura crítica, propositada, transformadora e inovadora, a qual se dirige a:

<sup>10</sup> CECILIO DE OLIVERA. L. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo. Hucitec, 1994, p.50

<sup>11</sup> YOUNG, K. *El potencial transformador de las prácticas*, pp. 99-118

<sup>12</sup> EVANS, S. Citada por Stronquist, N. *Búsqueda del empoderamiento en qué puede contribuir el campo de la educación*. Em León M. Poder e empoderamiento de las mujeres, p.89

<sup>13</sup> DUQUE, S. *Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: Un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento*. Em *Investigación y Educación en Enfermería*. XII.(1). Facultad de Enfermagem. Universidade de Antioquia. Medellín 1999, pp.75-85

- Desenvolver ações de promoção da saúde com o objetivo de construir comunidades saudáveis.
- Incidir na implementação das políticas de saúde nos níveis locais.
- Estimular o trabalho intersetorial e interdisciplinar.
- Impulsionar o trabalho na rede,
- Transcender a promoção da saúde dos campos da educação em saúde e o cuidado próprio.
- Fortalecer as ações de promoção da saúde existentes nas comunidades.

Estas políticas se sustentam no apoio das diferentes conferências e declarações, desde Otawa até Jacarta, que impulsionaram iniciativas como a denominada “municípios saudáveis”, a qual se propõe implementar em nível local a estratégia de promoção de saúde, na ordem de que os diferentes ambientes culturais, políticos, econômicos, ambientais e geográficos construam comunidades saudáveis. O local adquire maior importância no político, cultural, operativo e administrativo, sem perder de vista que o regional, nacional e internacional habilita a exploração desta linha de trabalho.<sup>14</sup>

O acima mencionado impõe assumir o desafio do próximo milênio da Promoção da Saúde, mediante a geração de processos de participação social a favor das comunidades, para alcançar o bem-estar, acesso, conscientização, participação e controle<sup>15</sup> dos diferentes processos. Assim se possibilita a superação do indesejável, a transformação das práticas inadequadas e a criação de novas visões do cuidado da saúde e da vida.

#### **4 - Repensar as práticas sociais**

O surgimento de novos paradigmas para abordar a saúde determinou que, a partir de 1980, a Organização Panamericana da Saúde (OPS) gerara um projeto destinado a apontar caminhos para orientar e conduzir a transformação das práticas sociais dos profissionais da saúde, ajustadas às necessidades de saúde das comunidades, às transformações que aconteciam nos sistemas de saúde e às políticas de saúde vigentes.

---

<sup>14</sup> ESPINOSA, A, FRANCO, S. e outros. *La promoción de la salud*, p.8

<sup>15</sup> SANTANA, V. *El empoderamiento, una ilusión*. Editorial, Revista Summa, No. 134. Santafé de Bogotá, 1998, p. 6



A melhora das condições de saúde requer algo mais que a simples intervenção médica. Exige mudanças sociais para analisar a problemática das necessidades desde diferentes perspectivas, posições e interesses, de modo que a produção do conhecimento se ocupe de explicar a transformação e a complexidade e não a estabilidade,<sup>16</sup> nas áreas do desenvolvimento de novas concepções de saúde e da vida. Nestes cenários terão relevância as sociedades humanas<sup>17</sup> como instrumentos chaves<sup>18</sup> e elementos dinamizadores e enriquecedores da saúde na busca do ser saudável.

O processo de viver e ser saudável implica uma nova concepção das práticas sociais e um compromisso em alcançar este ser saudável, onde desenvolve um papel importante a formação do futuro profissional. Isto implica a transformação e geração de atitudes e estilos dos diferentes atores vinculados ao processo educativo, para reencontrar o valor essencial da vida e formalizar um compromisso social perante a saúde humana individual e coletiva.

Desde este ponto de vista, a academia se constitui no campo onde, através da reflexão, do intercâmbio e da interiorização do conhecimento entre docentes, estudantes, profissionais e outros atores sociais, adquirem significado os conhecimentos e as práticas cotidianas do mesmo e do cuidado, permitindo uma relação entre o teórico, o prático e o investigável e propiciando a racionalização da prática e a consolidação de bases teóricas que nutrem o conhecimento das diferentes disciplinas e profissões.

É necessário que os diferentes estamentos acadêmicos, com uma atitude aberta ao diálogo e à reflexão, compartilhem e estreitem os vínculos entre a investigação, a docência e a extensão, em prol de um intercâmbio do conhecimento e da sabedoria que nutrirão as disciplinas e profissões. Esta é uma perspectiva certa para projetar uns profissionais capazes de dirigir sua prática de maneira integral, renovem o seu cuidado e conhecimento, desenvolvam um pensamento crítico e reflexivo, dêem significado a suas ações como pessoas e profissionais, participem ativamente na tomada de decisões em diferentes espaços sociais e assumam os desafios do cuidado da saúde humana e do processo de viver e ser saudável.

---

<sup>16</sup> LAUREL, A. C. *Sobre la concepción biológica y social dei proceso salud enfermedad*. Em: *Lo biológico y lo social*, p. 7

<sup>17</sup> SAN MARTIN, H. PASTOR, V. *Economía de la salud*. p. 80

<sup>18</sup> BREILH, J. *Las ciencias de la salud pública en la construcción e una prevención profunda: "determinantes y proyecciones"*. Em: *Lo biológico y lo social*, p. 63

Em particular na enfermagem, as mudanças políticas, econômicas e sociais vigentes na Colômbia criaram cenários propícios para que esta disciplina participasse ativamente na apropriação da promoção da saúde, mediante o exercício profissional em áreas interdisciplinares e multidisciplinares, a liderança no trabalho comunitário e a atenção básica, o desenho, execução e avaliação de pacotes de serviços, constituindo-se em elemento fundamental no processo de ser saudável de indivíduos, famílias e comunidades.

Este desafio se impõe aos profissionais da saúde, especificamente aos de enfermagem, transformar, adaptar e incorporar, no cuidado da saúde e da vida, os princípios vigentes da promoção da saúde: a defesa da saúde, a participação, a autonomia e a auto-responsabilidade, os quais estão sendo abordados e desenvolvidos dentro do paradigma das ciências humanas e constituem uma opção filosófica para orientar e fortalecer uma nova era na prática do cuidado.<sup>19</sup> Assim se entende o ser saudável como “um modo de vida”, uma atitude, uma concepção, uma história, um contexto, com normas socioculturais, crenças e tradições. Ser saudável é negociar, controlar, realizar, crescer, tornar-se e ajudar a outros a viver e serem saudáveis.<sup>20</sup>

Esta visão permite à enfermagem reconhecer que no processo de implementação das ações de promoção da saúde existem interesses econômicos, sociais, normas culturais e políticas públicas que implicam e exigem o desenvolvimento de definições de referências da prática social, a adoção de métodos e enfoques de trabalho, tanto a nível individual como coletivo, de maneira que se unam e potencializem diferentes esforços. Neste ambiente, se aprecia a saúde como uma obrigação comunitária e social e se multiplica o potencial de geração de mudanças estruturais.

Como profissionais da enfermagem temos que avançar em selecionar a promoção da saúde também como território da enfermagem, seguindo o exemplo do Reino Unido e Canadá, onde se retomou a promoção da saúde como uma atividade da enfermagem, e onde a compreensão da vida, no novo modelo de saúde, se projeta ao cuidado da saúde, para que a vida e a saúde deixem de ser uma preocupação exclusiva dos médicos e do setor da saúde e se converta em uma grande tarefa social, em alvo importante das agendas políticas e legislativas, das ações estatais e do cotidiano da cidadania.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> LINDESEY, E. GWENETH, H. *Health promotion nursing practice*, pp. 106 - 112

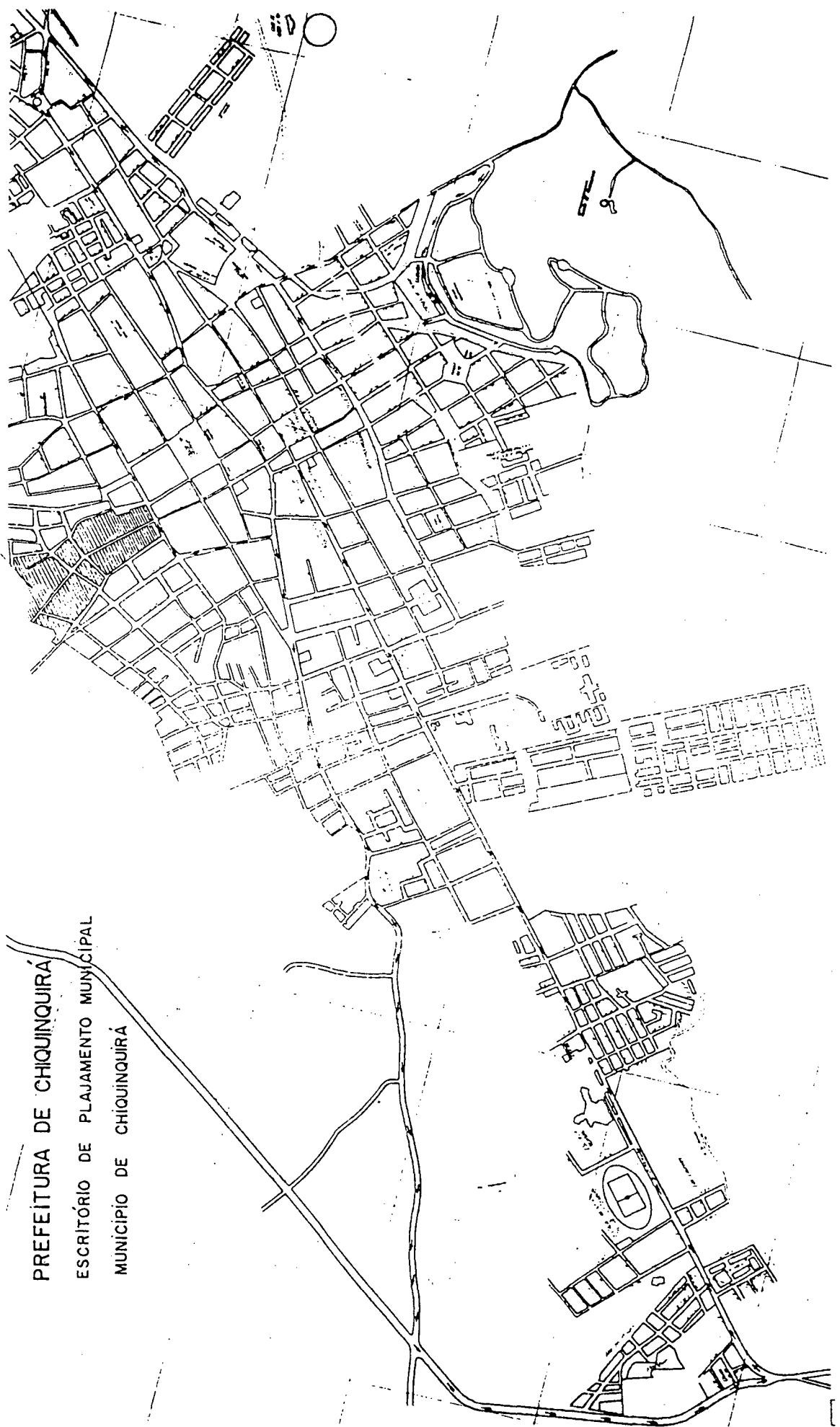
<sup>20</sup> MELEIS, A *Ser e tornar-se saudável*, p. 38

<sup>21</sup> FRANCO, S. *La salud al final del milenio*, p. 16

## **ANEXOS**

ANEXO 1 - MAPA

BAIRRO 20 DE JULHO



PREFEITURA DE CHIQUEQUIRÁ

ESCRITÓRIO DE PLAJAMENTO MUNICIPAL

MUNICÍPIO DE CHIQUEQUIRÁ

ANEXO 2  
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MES ACTIVIDAD	1999												2000					
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J
1.Revisión de literatura.																		
2. Trabajo de Campo..															↑			
2.1. Reuniones Comunitarias.															↑			
2.2.Reconstrucción de la Historia del Barrio.										↑								
2.3. Determinación de Necesidades.										↑								
2.4. Elaboración Proyecto.												↑						
2.5. Presentación a autoridades												↑						
3. Análisis colectivo e integral																		
4.Elaboración Informe Final.															↑			
5.Defensa de Tesis																		↑

ANEXO 3

PRESUPUESTO

ACTIVIDADES	RECURSOS - COSTOS	RECURSOS HUMANOS	COSTO	RECURSO TÉCNICO Y APOYO	COSTO	TOTAL
1. Planeación. Ajuste del Proyecto de Investigación.		Docente 32 -Mes		Papelaria Bibliografía Fotocopias Tinta impresora	200.000=	\$ 2.423.392=
❖ Revisión de Literatura.					1.200.000=	200.000=
❖ Reuniones Comunidad.					300.000=	1.200.000=
❖ Dirección Local de Salud.					240.000=	300.000=
❖ Exploración de Campo						240.000=
2. Ejecución del Proyecto		Doc ente Iv/s	\$8.925.840=			8.925.840=
❖ Trabajo bibliográfico				Espacio Físico	400.000=	400.000=
❖ Trabajo de campo		Instructor SENA	800.000=	Equipo panadería + material	700.000=	1.500.000=
❖ Trabajo de capacitación a 30 líderes comunitarios		Instructor ICBF	200.000=	Equipos + material	400.000=	600.000=
		Instructor SENA	1.800.000=	Equipo + material	1.000.000=	2.800.000=
		Instructor SENA		Equipo + material	700.000=	700.000=
3. Análisis y Sistematización del Proyecto XII - 99 - I - II - 2000		1 Digitadora	\$ 1.000.000=			1.000.000=
		1 Traductor Español Portugues	3.000.000=			3.000.000=
		1 Corrector Estilo	1.500.000=			1.500.000=
4. Informe final		1 Docente T.C.	6.800.640=	Equipo Video Bind Fotocopias Acetatos Encuadernación	500.000=	\$ 6.800.640=
					500.000=	500.000=
					200.000=	200.000=
					500.000=	500.000=
❖						
<b>SUBTOTAL</b>			25.449.872=		9.340.000=	35.789.872=
5% de Imprevistos			1.272.493=		467.000=	1.739.493=
<b>SUBTOTAL</b>			26.722.365=		9.807.000=	
<b>TOTAL</b>						\$ 37.529.365=
❖ Aportes asumidas por SENA ICBF. COMUNIDAD						

## ANEXO 4

### **“PROPOSTA AQUISIÇÃO DA DOTAÇÃO PARA A MICROEMPRESA COMUNITÁRIA DE ALIMENTOS DE SOJA. BAIRRO 20 DE JULIO”<sup>1</sup>**

**Chiquinquirá, Boyacá, Colombia, 1999**

#### **1. TÍTULO:**

Aquisição da dotação para a microempresa comunitária de alimentos de soja, elaborados pelo “Grupo Edad de Oro”. Do Bairro 20 de Julio.

#### **2. PROPÓSITO:**

Contribuir com a melhora das condições de vida da comunidade do Bairro 20 de Julio, mediante a geração de emprego e o consumo de alimentos de alto valor nutritivo.

#### **3. OBJETIVOS:**

- Adquirir os elementos necessários para produzir, processar e comercializar alimentos a base de soja.
- Melhorar a renda dos integrantes da microempresa e suas famílias.
- Informar a comunidade sobre o valor nutritivo, baixo custo e variedade de alimentos que se podem produzir com a soja.
- Melhorar os hábitos alimentícios, das famílias usuárias de alimentos a base de soja.
- Diminuir os problemas nutricionais na comunidade do Bairro 20 de Julio.

#### **4. JUSTIFICAÇÃO:**

A população que mora no Bairro 20 de Julio de Chiquinquirá é conformada em 80% por famílias de escassos recursos, com poucas possibilidades para satisfazer suas necessidades básicas como alimentação, moradia, educação e emprego.

---

<sup>1</sup> Traduzido pela autora deste trabalho



Sua condição de população deslocada pela violência, fazem com que sua qualidade e condição de vida deficientes levem a aumentar os problemas de tipo social como: violência intra-familiar, desnutrição, abandono escolar, desintegração familiar, trabalho infantil, que tendem a aumentar devido à falta de ações coordenadas de diferentes instituições existentes no município, que satisfaçam às necessidades reais da comunidade, à falta de informação e às poucas possibilidades que tem a comunidade de decidir nas instâncias governamentais, para solucionar sua problemática.

A anterior situação tem gerado a conformação de grupos ou redes de apoio da comunidade, com o ânimo de melhorar suas condições de marginalizados. Como produto deste trabalho se organizou há 12 anos o grupo comunitário EDAD DE ORO, que conta com a Pessoa Jurídica No 41031114 e NIT 820001453-2. Dita organização tem entre seus objetivos:

- Realizar ações que contribuam a melhorar as condições de vida da comunidade.
- Estabelecer redes de apoio social na comunidade

O grupo está conformado por 50 pessoas ativas que estão capacitando-se em organizações de pequenas empresas e empresas familiares, de panificação, capacitação realizada pelo SENA regional Boyacá. Igualmente receberam o curso de preparação de alimentos de SOJA, realizado pelo Instituto Colombiano de Bem-estar Familiar.

Atualmente o grupo está interessado em apoiar uma das necessidades mais sentidas da comunidade como é o desemprego, já que 45% da sua população é economicamente ativa. Além disso a maioria das fontes de emprego são de caráter temporal, o que agrava o problema da pobreza, do desamparo e da marginalidade e os obriga em algumas oportunidades, a desenvolver atividades ilegais com a finalidade de satisfazer as necessidades básicas.

A situação anterior gera preocupação das autoridades e da comunidade levando a realizações de ações do tipo social como capacitação, vinculação a trabalhos de melhoria de estradas, com a finalidade de aumentar as fontes de emprego disponíveis dentro da política social, com o propósito de melhorar as condições de vida da comunidade.

Atualmente existe grande motivação e interesse por parte do grupo EDAD DE ORO, para conformar a microempresa de produção de alimentos de SOJA, como alternativa para solucionar problemas concretos na comunidade. Para desenvolver dita iniciativa é

necessário e urgente o apoio técnico e financeiro de entidades que promovam o desenvolvimento das comunidades, o que indubitavelmente terminaria na erradicação dos problemas (violência, adição as drogas, desnutrição, etc.) que infestam a nossas comunidades.

**ENTIDADES PARTICIPANTES:**

**Grupo comunitário EDAD DE ORO.** Representante Legal:

Carmen Sánchez de Cano

**Fondo Nacional de Regalías**

**ORÇAMENTO**

<b>ELEMENTOS</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>VALOR UNITÁRIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
Forno de padaria a gás	Dois (2)	\$2.000.000	\$4.000.000
Fogão industrial a gás	Dois (2)	\$1.500.000	\$1.500.000
Líquidificador	Dois (2)	\$ 60.000	\$ 120.000
Batedeira	Duas (2)	\$ 60.000	\$ 120.000
Utensílios de cozinha	Um (1)	\$1.000.000	\$1.000.000
<b>TOTAL</b>			<b>\$6.740.000</b>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACERO, F. et al., *Áreas de pobreza en Chiquinquirá*, Colômbia: Monografia de Graduação Universidade Pedagógica e Tecnológica da Colômbia, Faculdade de Ciências Sociais, Chiquinquirá, 1982.
- AGUDELO, Carlos, *Promoción de la Salud en Colombia. Por qué y para que?*, In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2, 1992 Santa Fé, Bogotá: Ministério da Saúde Colômbia 1992.
- ALLEYNE, G. *Promoción de la salud una antología*, Washington : D.C. OPS/ OMS, 1996
- ALVAREZ, José, "Corresponsabilidad y participación social". *Revista de Saúde Pública do México*, n. 34 (suplemento), México, 1.992
- ALVAREZ, Luz S., "La salud en el plan nacional de desarrollo: sin cambios para construir la paz", em *Rev. Faculdade Nacional de Saúde Pública*, Universidade de Antioquia, v.17, n.1, 1999
- ALVES, Elionai, et al.. "Perspectiva histórica e conceitual da promoção da saúde., em *Rev. Cogitare enfermagem*, Curitiba, v 1, n. 2, Curitiba, 1996
- ANDER-EGG, E. AGUILAR, M. J. *Diagnóstico social. Conceptos y metodología*, Buenos Aires: Lumen, 1995
- ANDERSON, R., "Health promotion an over view", *Technical paper*, Los Angeles. CA. The University of California, 1983, citado por López, H. L e outro, *Promoción de la salud un nuevo enfoque de salud pública*, Junta de Andaluzia, Granada, 1994.
- ARANGO, Y. " El trabajo comunitario como alternativa de los servicios de salud".*Rev. Investigación y educação em enfermagem* v.12, n.1. 1991
- AROCENA, José, *El desarrollo local un desafío contemporáneo*, CLAEH, Universidade Católica do Uruguai, Nova Sociedade,1995, citado por KISNERMAN, Natalio, *Pensar el Trabajo Social*. Buenos Aires: Lumen, 1998.

- BARONA, de I. Nohemy, et al.. "El proceso de trabajo y de salud enfermedad una relación dialéctica". *Sociedade e Saúde*. Cali: Formas Precisas, 1994
- BARRETO, Juanita, *Presencia de la expresión "participación comunitaria" en los planes de desarrollo*, em *A Política social en los 90, análise a partir de a universidade*, Universidade Nacional da Colômbia. Faculdade de Ciências humanas, Departamento de Asistencia Social, PRIAC, Indepaz, Presencia, Santafé de Bogotá, 1994.
- 
- Citada por SOLER, Nancy, "El vaivén del cambio", en *Rev. Parcomún*, Santafé de Bogotá, v..4, n 3, 1996
- BAUTISTA, G; RODRIGUEZ, L., "La ciencia como actividad de construcción de explicaciones", em *Representações sobre ciência e conhecimento, Cadernos sobre História e Ensino das Ciências*, Santafé de Bogotá, n..2, 1996
- BERLINGUER, Giovanni, *Questões de vida ética, ciência, saúde*, São Paulo: HUCITEC, 1993.
- BLANQUER, Javier. FAJARDO, Darío, *La descentralización en Colombia. Estudios y propuestas*, Instituto Francês de Estudos Andinos, Universidade Nacional da Colômbia. Centro de Estudos Sociais, Santafé de Bogotá, 1991.
- BONILLA, Elsy. RODRIGUEZ, Penépole, *Más allá del dilema de los métodos*, Santafé de Bogotá: Edições Uniandes, 1997.
- BREILH, JAIME, *Las ciencias de la salud pública en la construcción de una prevención profunda: "Determinaciones y proyecciones"*, em *O biológico e o social*. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1994.
- BRITO, Pedro et al., *Trabajo sobre mercado de trabajo en enfermería: documento de trabalho*, Washington, D. C.: O.P.S., 1995.
- BUCK, Carol, "Después de Lalonde hacia la generación de la salud". *Boletim epidemiológico*, POS/OMS, v. 7 n, 2, 1986
- BUITRAGO, E. et al., *Influencia mágico religiosa en la vida cotidiana de los chiquinquireños Chiquinquirá*, 1986 (Monografía de Graduação) Universidade Pedagógica e Tecnológica da Colômbia, Escola de Ciências Sociais e Econômicas, Chiquinquirá, 1986
- CANESQUI, A. M. (Org.), *Ciências sociaes e saúde*. São Paulo : Hucitec. Abrasco, 1997
- CAÑON, Ana. et al., *Chiquinquirá. Una aproximación a la política social*, Chiquinquirá, 1997. (Monografía de Graduação) Universidade Pedagógica Tecnológica da Colômbia, Escola de Planejamento para o Desenvolvimento Social, 1997
- CARDENAS, H. et al., *Parque industrial Chiquinquirá*, Corporação de Desenvolvimento de Chiquinquirá- Unisur, Estudio de consultoría, Chiquinquirá, 1992 (Mimeo).

- CARDONA, Alvaro, "Relación entre salud pública, seguridad social y funcionalidad del Estado", *Rev. Faculdade Nacional de Saúde Pública*, v. 13, n 2, Universidade de Antioquia, Medellín, 1996.
- \_\_\_\_\_. "150 años de la 1ª. Ley de salud pública en el mundo", *Rev. Faculdade Nacional de Saúde Pública*, Medellín, v.16 n. 2, 1999.
- CARR, W; KEMIS, S., *Teoría crítica de la enseñanza*, Barcelona: Martínez Roca, 1988.
- CASSIRER, Ernst, *Antropología filosófica*, 2.ed, Santafé de Bogotá: Fondo de Cultura Económica, Panamericana, 1996
- CASTRILLÓN, Consuelo, *La dimensión social de la práctica de enfermería*, Editorial Universidade de Antioquia, YULUKA/Enfermagem, Medellín, 1997
- CASTRILLÓN, Consuelo et al., "La profesión médica en Colombia", em *Rev. Faculdade Nacional de Saúde Pública*, Universidade de Antioquia, v.16, n. 2, 1999.
- CATALAT, Francisco, *Gestión de los servicios salud con enfoque de promoción de la salud*. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2, 1992. Santafé, Bogotá: Ministério da saúde Colômbia / OPS, Memórias, 1992
- CECILIO DE OLIVERA, L. *Inventando a mudanca na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994
- CENDALES, Lola, *El proceso de la investigación participativa*, Dimensión educativa, Aportes 20, Adaptado de SCHUTTER, A. *La investigación Acción*, Santafé de Bogotá, 1990.
- CLAD, AECI-INAP, PNUD, "Desarrollo sin pobreza", In: CONFERENCIA REGIONAL SOBRE LA POBREZA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 1990. Quito: Memorias, 1990
- COHN, Amelia, "Estado, políticas públicas e saúde", *Ciências sociais e saúde*, Edições Hucitec, Abrasco: São Paulo, 1997
- COLÔMBIA, Congresso de la República, "Ley 508 / 99", *Gaceta del Congreso*, Santafé de Bogotá, 1999.
- COLÔMBIA, Contraladuría Geral, "Caos en la salud subsidiada", *El Tiempo*, Santafé de Bogotá, Setembro de 1999
- COLÔMBIA, Departamento Nacional de Estadística, *XVI Censo de población y V de vivienda*. Santafé de Bogotá, 1993
- COLÔMBIA, Departamento Nacional de Planeación, *La Revolución Pacífica. Plan de desarrollo económico y social 90-94*, Santafé de Bogotá, 1991
- COLÔMBIA, Ministério da Saúde, SALAZAR, José M. *Reorganización del Sistema Nacional de Salud*, Instituto Nacional de programas Especiales da Saúde, Bogotá, 1973

- \_\_\_\_\_. *Diagnóstico de salud, políticas y estrategias*, Bogotá:OMS/OPS, 1984
- \_\_\_\_\_. *Proceso de reforma*, Sistema Nacional de Saúde, Primer relatorio de pesquisa, Bogotá, 1989
- \_\_\_\_\_. *La reforma a la seguridad social en salud*. Santafé de Bogotá: , Editorial Carrera Séptima Ltda., 1995.
- \_\_\_\_\_. Direção Geral de Promoção e Prevenção *Lineamientos de la promoción de la salud y educación para el comportamiento humano*, Ministério da Saúde: Santafé de Bogotá, 1995
- \_\_\_\_\_. *Resolução 4288/96, Pela qual se define o Plano de Atención Básica (PAB) do S.G.S.S.*, Santafé de Bogotá, 1996
- \_\_\_\_\_. *Resolução No.3997/96, Pela qual estabelecem – se as atividades e os procedimentos para as ações de promoção e prevenção no S.G.S.S.*, Santafé de Bogotá, 1996
- \_\_\_\_\_. Direção Geral de Promoção e Prevenção, *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el Sistema General de Seguridad Social*, Santafé de Bogotá, 1996
- \_\_\_\_\_. "Implementación del Plan de Atención Básica (PAB) en Colombia. *Relatorio Epidemiológico Nacional*, Instituto Nacional de Saúde, Santafé de Bogotá, v. 3, n.1, - junio 1998.
- \_\_\_\_\_. *Municipios Saludables, Critérios de reconhecimento e niveis*, Centro de Documentação OMS/ OPS, Cartilha, Santafé de Bogotá (s. f.)
- COLÔMBIA, Ministério da Agricultura, DANE, DNP, PNUD, UNICEF, *La pobreza en Colombia*, Tomo I, Bogotá, 1989
- COLÔMBIA. PRESIDÊNCIA DE LA REPÚBLICA, Departamento Nacional de Planejamento, "Plan Nacional de Desarrollo 1998-2002. Cambio para construir la Paz", en *El Tiempo*, Santafé de Bogotá, 2000
- CORDUA, Carla, "Hegel y la participación política", em *Revista Ideas y Valores*, Universidade Nacional da Colômbia, Santafé de Bogotá n. 10, , 1996
- CORPORACÃO AUTÔNOMA REGIONAL DE CUNDINAMARCA, CAR, *Diagnóstico participativo rural*, Documento de trabalho, Chiquinquirá, 1997.
- CORTES, Jairo, & outros, *Procesos de paz entre esmeralderos en el occidente de Boyacá 1990 –1995*, , Chiquinquirá, 1995. Monografia Especialização em Pedagogia em Direitos Humanos) Universidade Pedagógica da Colômbia, Chiquinquirá, 1995.
- COSTA, Nilson, "Políticas públicas, direitos e interesses. Reforma sanitária e organização sindical no Brasil", In: EIBENSCHUTZ, C. (Coord.), *Política de saúde: O Público e o Privado*, Rio de Janeiro.Fiocruz, 1996.

- DE ANGULO, J; DE ANGULO, S., *La salud y la defensa de la vida*, Cochabamba, 1994.
- DE LA CUESTA, Carmen, "Investigación en salud: Reflexiones en torno a los trabajos de Testa y Navarro", *Rev. Faculdade Nacional de Saúde Pública*, Universidade de Antioquia, v.13, n. 2, Medellín, 1996.
- DE LEMOS, Moisés, "A epistemologia do saber cotidiano", *Revista Crítica das Ciências Sociais*, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Portugal, 1993
- DE ROUX, Gustavo, *Instalación II Conferência Internacional de promoção da Saúde*, , Santafé de Bogotá: Ministério da Saúde / OPS, Memórias 1992
- \_\_\_\_\_. "Participación y cogestión en salud", em *Rev. Educação médica e Saúde*, Washington, D.C. OPS, v. 7, n 1, 1993
- DE SHUTTER, Anton; YOPO, Boris, "Investigación participativa en educación", Programa regional de desenvolvimento educativo, OEA, Projecto especial de educação para o trabalho, Documento Nº 17, Centro de experimentação para o desenvolvimento de formação tecnológica Morelos, México, 1986. (Mimeo)
- DE SOUZA, Gastão, "Sobre la reforma de los modelos de atención. Un modo mutante de hacer salud", em Eibenschutz, Catalina (Coord.), *Políticas de saúde: O público e o privado*, Fundación Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1996
- DELANEY, F., "Nursing and health promotion: Conceptual concerns", en *Journal Advanced Nursing* , New York v. 20, 1994
- DELGADO, M; GUTIERREZ, J., *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madri: Síntese 1995
- DONATI, Pierpaolo, *Manual de sociología de la salud*. Tradução por, Cristina García., Madri: Edições Díaz de Santos, S.A 1994
- DORNELLES, Alves Elioenai, "Perspectiva histórica e conceitual da promoção da saúde", em *Rev. Cogitare enfermagem*, Vol.1 (2), Curitiba, 1996
- DUARTE, N. E. "Sigerist: pionero da historia social da medicina e a sociologia médica, *Rev. Educação médica e saúde*, Washington, D.C., v. 26, n.1, 1992
- DUARTE, Telma, *Painel de promoção de la salud*. In: CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCÃO DE LA SAÚDE, 2, 1992. Santafé de Bogotá: Ministério da saúde / OPS, Memórias, 1992
- DUQUE, S. " Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos y espacios para la promoción de la salud y la producción de conocimiento", *Rev. Investigación e educação em enfermagem*, Faculdade de Enfermagem, Universidade de Antioquia, Medellín, v. 12, n. 1, 1999.
- EIBENSCHUTZ, C., "Atención a la salud y poder ciudadano: Elementos claves en la articulación público / privada, In: *Política de saúde: O público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995



- E PP, Jake, "Lograr la salud para todos: Un marco para la promoción de la salud". *A Promoção da saúde uma antologia*, N. 557, OPS/OMS. Washington. D. C. 1996 (Publicação científica)
- ESCOBAR, Pedro *Informe técnico sobre visita de inspección a las obras del Plan Maestro de Acueducto y Alcantarillado de Chiquinquirá*, 03 e 04 de outubro de 1995. (Consortio ESSERE - HIDROPLAN),
- ESCOBEDO, H., "El constructivismo está de moda? *Rev. Educação e Cultura*, Fecode, Santafé de Bogotá, n. 41, 1996.
- ESPINOSA, A. FRANCO, S. et al., *La promoción de la salud en el sistema de salud de seguridad social de Santafé de Bogotá*, Secretaria Distrital da Saúde, Corporação Saúde e desenvolvimento, n. 9, Santafé de Bogotá, 1997. (Série Documentos Especiais)
- ESPITIA, E. et al., *Calidad de vida en Chiquinquirá*. Chiquinquirá, 1989. (Monografía de Graduação) Universidade Pedagógica e Tecnológica da Colômbia, Faculdade de Ciências Sociais, Chiquinquirá, 1989.
- FALS BORDA, Orlando (Comp.), *Participación popular: Retos del futuro*, ICFES, IEPRI, Santafé de Bogotá: Colciencias, Tercer Mundo, 1998.
- FERNÁNDEZ, Carlos, "Formar para el siglo XXI", In: *Rev. Parcomún*, Edições Antropos, Santafé de Bogotá, v. 1, v.2, 1993.
- FRANCO, Alvaro, "Análisis del sistema de seguridad social colombiano en relación con la política pública de salud", In: *Cartilha de seguridade social* No. 3 Universidade de Antioquia, Faculdade Nacional de Saúde pública Héctor Abad Gómez, Centro de Estudos de Seguridade Social. Organização Panamericana da Saúde, Medellín, 1997.
- FRANCO, Saúl. *Salud al final del milenio*. CONGRESSO INTERNACIONAL DE MEDICINA SOCIAL, 6, México 1994. (Palestra)
- \_\_\_\_\_ "La promoción de la salud al servicio de la vida y la paz", In: COLOQUIO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA, Memorias, Tunja, 1999. (Palestra,).
- FRANCO, S. et al., *La promoción de la salud y la seguridad social*. Instituto de Seguros Sociales, Corporação Saúde e Desenvolvimento, Cartilha, Santafé de Bogotá. 1995.
- FRANCO, S., GONZALEZ, C., VELANDIA, A.L.,(Comp.), *Conversaciones de paz, La salud en la agenda para la paz*, Corporação Saúde e desenvolvimento, Agenda Ciudadana, Santafé de Bogotá, 2000.
- FREIDSON, E. "La profesión médica: un estudio de sociología de conocimiento aplicado". Barcelona, Península, 1978. Citado por Castrillon, Consuelo e outros, A profissão médica na Colômbia, *Rev. Faculdade Nacional de Saúde Pública*, Universidade de Antioquia, v. 16, n. 2, 1999
- FORERO, R. et al., *Proceso organizacional y participativo de las madres comunitarias en el sector urbano del municipio de Chiquinquirá*, Chiquinquirá:1989. (Monografía de

- Graduação) Universidade Pedagógica y Tecnológica da Colômbia, Faculdade de Ciências Econômicas e Sociais, Chiquinquirá, 1989.
- GALINDO, Jesús, *Enfoque sociopolítico de la participación social en Colômbia*. FORO DE SAÚDE COMUNITÁRIA, 3, 1997 Fundação Santafé de Bogotá, Memórias, Santafé de Bogotá, 1997. (Palestra).
- GALLEGO, Rómulo, *Discurso sobre constructivismo*, 2 ed. Santafé de Bogotá: Cooperativa do Magistério, 1996.
- GARCIA, J. C., *Pensamiento social en salud en América Latina. Marco teórico e conceitos fundamentais*. Washington, D. C.: Inter- americana McGraw Hill, OPS, 1994.
- GIDDENS, Anthony, *Sociología*, 2 ed.. Madri: Alianza Editoria, 1996.
- GIOVANELLA, Ligia y FLEURY, Sonia, "*Universalidade da atenção à saúde: Acesso como categoria de analise*" em *Política de saúde: O público e o privado*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- GÓMEZ, Consuelo. *La formación del recurso humano en enfermería: Reflexiones en torno a datos cualitativos y cuantitativos*. Santafé de Bogotá, 1996. (Documento de trabalho)
- GÓMEZ, Hernando. *Hacia una enfermería crítica: Breve reflexión epistemológica*. Documento de trabalho, Santafé de Bogotá. 1998.
- GÓMEZ, L.T. "Política de participación o participación política?", em *A política social nos anos 90. Uma análise a partir da universidade*. Universidade Nacional da Colômbia, Faculdade de Ciências Humanas, Departamento de Assistência Social, PRIAC, Indepaz, Presencia, Santafé de Bogotá. 1994.
- GONZALEZ, Camilo. "El revolcón de lo social", em *A política social nos anos 90, Uma análise a partir da universidade*. Universidade Nacional da Colômbia. Faculdade de Ciências Humanas. Departamento de Assistência Social. PRIAC., Indepaz, Presencia, Santafé de Bogotá. 1994.
- GOULART, Flavio, "Representações sociais. Ação política e cidadania", *Cadernos de Saúde Pública*. , Rio de Janeiro v.9, n. 4, 1993.
- GRANDA, E. et al., "El sujeto y la acción en la salud pública", em *Rev. Educação médica e saúde*, Vol. 29 (1), Washington, D.C. OPS/ OMS, 1995.
- GRATEROL, Martín, *Paradigmas y creación de conocimiento en naciones neocoloniales*, *Universidade de Carabobo* Valencia: Editorial Tropiccos, 1996.
- GUTIERREZ, M. L. La formación y el desempeño de la enfermería con énfasis en la promoción de la salud. *Série de Práticas e Saberes na Promoção de la Saúde*, Pontificia Universidade Javeriana, Santafé de Bogotá n. 1, 1997.
- HELLER, Ágnes, *Revolución de la vida cotidiana*. 2 ed. Barcelona: Península, 1994.

- \_\_\_\_\_. *O cotidiano e a história*, 4 ed., São Paulo: Paz e Terra, 1992
- \_\_\_\_\_. *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Península, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Una revisión a la teoría de las necesidades*, Tradução por Rivero, , Barcelona: R. Angel. Paidos, 1996.
- HENDERSON, D. "Prioridades de salud: Problemas por resolver y nuevos retos", em *Rev. Saúde Pública do México*, v. 33, n 5, México,1991.
- HERNÁNDEZ, Carlos, "Cultura interdisciplinaria y reforma académica".In: *Ética, Universalidade e Saúde*, Memórias do Seminário marco conceitual para a formação do profissional em saúde, Universidade Nacional da Colômbia - Ministério da Saúde, Santafé de Bogotá, 1993.
- HERNÁNDEZ, Mario y QUEVEDO, Emilio, " Historia, ciencias sociales y educación médica", em *Educación médica e saúde*, Washington, D.C. OPS/ OMS, v. 26, 1992.
- HERSCH, M. Paul, "Participación social en salud: espacios y actores determinantes en su impulso". *Rev. Saúde pública do México*, México, v. 34, n. 6, 1992.
- HOLGUIN, A. *La pregunta por el hombre*, Madrid: Anthropos, 1988.
- HOYOS, Guillermo. *Los intereses de la vida cotidiana y las ciencias*. Bogotá: Universidade Nacional da Colômbia, 1986.
- JARAMILLO, Iván. *Las reformas del sistema de salud y la seguridad social en salud*, FORO DE SAÚDE COMUNITÁRIA, 2, 1994. Fundação Santafé de Bogotá, Fundação Corona, Santafé de Bogotá, D.C. 1994. (Palestra).
- \_\_\_\_\_. "La descentralización en el sector salud". *Rev. Foro*, , Santafé de Bogotá, n. 29, 1996.
- \_\_\_\_\_. "La seguridad social en salud. Análisis comparativo", *Rev. Saludad*, Fundação Universidade Jorge Tadeo Lozano, Santafé de Bogotá,1998.
- KICKBUSCH, Ilona, "El autocuidado en la promoción de la salud", In: *La promoción de la salud una antología*. Washington, D. C. : OPS / OMS, 1996. (Publicação Científica n.. 557)
- KICKBUSCH, I., DESMOND, O., "Fomentar la salud en la vida cotidiana", *Rev. Salud Mundial OMS*, Ginebra, n. 3, 1977.
- KINSERMAN, Natalio. *Pensar el trabajo social*, 1. ed., Buenos Aires: Lumen – Hvmánitas 1998
- KLIKSBERG, Bernardo, *Pobreza el drama cotidiano, lave para una nueva gerencia sociaol eficiente*. Buenos Aires: PNUD, CLAD, TESIS - NORMA 1995
- KYMLICKA, W; WAYNE, N., "El retorno del ciudadano. Una revisión da la producción reciente en teoría de ciudadanía", *La política*, Paidos, Barcelona, n. 3, 1997

- LABONTE, Ronald. *La participación social*. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2, 1992. Memórias, Ministério da Saúde / OPS, Santafé de Bogotá. 1992. (Painel)
- \_\_\_\_\_. *Políticas públicas saludables*, CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2 Memórias, Ministério da Saúde / OPS, Santafé de Bogotá. D.C. 1992. (Palestra).
- LAPLANTINE, F., *Aprender antropología*, 5 .ed., São Paulo: Brasiliense, 1991
- LAURELL, A.C., "La salud enfermedad como proceso social", Rev. *Latinoamericana de salud*, Nueva Imagen, México, n. 2, 1982.
- \_\_\_\_\_. "Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad", In: *Lo biológico y lo social*. Washington, D. C.: OPS/OMS, 1994.) Série de desenvolvimento de recursos humanos, Publicação científica No.101)
- \_\_\_\_\_. "Avacando em direção ao passado: A política social do neoliberalismo" en *Estado, políticas sociais no liberalismo*, Cortez Editora, CEDEC, Sao Paulo, 1995.
- LEHR, U; THOMAE, H., *La vida cotidiana. Tareas, métodos y resultados*. Barcelona: Herder, 1994,.
- LENG, Lawrence, "Health promoting settings: from Ottawa to Jakarta", em Rev. *Promotion the Health Internacional*, Grã Bretanha, v.12, n. 2, 1997.
- LEOPARDI, M. T. *A interdisciplinariedade na saúde: Encontros e desencontros*, Documento de trabalho, Departamento de Enfermagem., C.C.S. U.F.S.C. Florianópolis, S.C. Brasil, 1997.
- \_\_\_\_\_. "Necessidades sociais e cidadania", Rev. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 1, n. 1, 1992
- LIEVANO, Adriana. *Participación ciudadana un camino para el fortalecimiento de la sociedad civil, tese de graduación*, Departamento de Assistência Social, Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Nacional de Colômbia, Santafé de Bogotá, D.C. 1991.
- LINDSEY, E., GWENETH, H., ¿"Health - promotion nursing practice: the demise of the nursing process?". Rev. *Journal Advanced Nursing*, New York, n. 23, 1996
- LONDOÑO, Beatriz, *La Ley 100 de 1993*, FORO DE SAÚDE COMUNITÁRIA, 1994. Fundação Santafé de Bogotá, Memórias, Santafé de Bogotá, 1994 (Palestra).
- LOPEZ, L, ARANDA, J., *La promoción de la salud un nuevo enfoque de la salud pública*, Escola Andaluza de Saúde Pública, Junta de Andalucía, Granada, 1994. (Documento técnico n. 1,)
- LORITE, J. El animal paradójico: Fundamentos de la antropología filosófica, Madri, Alianca Editorial, 1982. Citado por: Bonilla Elsy, Rodríguez Penépole. *Más allá del*

*dilema de los métodos..* Santafé de Bogotá.Colômbia: Publicações Uniandes. Editorial Norma , 1997.

LOURERIO, Sebastião, "Conceptos y estrategias de integración de los sistemas de salud, a través del desarrollo de los sistemas locales de salud (Silos)", *Programa UNI. Uma nova iniciativa na educação do profissional da saúde*, Fundação, W. K. Kellogg, Battle Creek, 1994.

LUCIO, R. "El enfoque constructivista en educación", *Rev. Educação e cultura*, , Santafé de Bogotá: Fecode, 1994

MARDONES, J. M., *Filosofía de las ciencias humanas y sociales..* Barcelona: Anthropos 1991.

MARTIN, Gladys, *El desplazamiento forzado en Chiquinquirá*. Chiquinquirá, 1996. (Monografía de Graduação) Universidade Pedagógica e Tecnológica da Colômbia, Especialização em Pedagogia em direitos humanos, Chiquinquirá,1996.

MELEIS, Afaf., Revision in knowledge development: A pasión for substance, *International Journal Spring*, v. 87, n. 1, Reimpreso en, Nicoll L.H. Perspectives on nursing theory. Philadelphia: J.B. Lippincott,1992

\_\_\_\_\_. "Ser e tornar-se saudável: O âmago do conhecimento de enfermagem". *Rev, Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 1 n.2, 1992.

MILLIO, Nancy, "Búsqueda de beneficios económicos con la promoción de la salud", en *La promoción de la salud una antología*, Washington D.C.: OPS/ OMS 1996.

\_\_\_\_\_. "Políticas de salud y políticas públicas, Palestra, Seminario Internacional , *Políticas públicas: Salud equidad y democracia, Cartilha de seguridade social*, , Faculdade Nacional de Saúde Pública, Universidade de Antioquia, Centro de Estudos de Seguridade Social, OPS, Medellín, n. 3, 1997.

\_\_\_\_\_. "Fortaleciendo la capacidad de las comunidades una forma de lograr la salud y la equidad" *Seminario Internacional, Políticas Públicas: salud. equidad y democracia. Cartilha de seguridade social* Faculdade Nacional de Saúde Pública, Universidade de Antioquia, Centro de Estudos de seguridade Social, OPSMedellín, n. 3, 1997.

MINAYO, Ma. Cecilia, *O desafio do conhecimento* São Paulo: Hucitec.- Abrasco, 1996.

\_\_\_\_\_. *Pesquisa social, Teoria método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1997.

MOLES, Abraham. "Micropsicología y vida cotidiana". *Série de Eventos Científicos. Icfes*. Santafé de Bogotá, 1986.

MORALES, WILLIAM. *La vida cotidiana como fundamento para la comunicación entre sujetos*. Bogotá, (Monografía de Graduação) Universidade Nacional da Colômbia. Faculdade de Ciências Humanas, Departamento de Filosofia,1995.

MULLER, F. *Participación popular en programas de atención sanitaria primaria en América Latina*. Medellín: Universidade de Antioquia, 1979.

NAJERA, E. "La salud pública una teoría para la práctica. ¿Cómo se precisa su reconstrucción?", en *Crisis de la Salud pública: Reflexiones para el debate*. Washington D.C.: OPS / OMS, 1992

OCAMPO, Javier, " Gentes costumbres y tradiciones en Boyacá",. *Colombia y sus gente y sus regiones*, Instituto Geográfico Agustín Codazzi, Santafé de Bogotá, n. 3, 1989

\_\_\_\_\_. *Identidad de Boyacá*. Tunja: Secretaria de Educação de Boyacá 1997.

OCHOA, Doris, *Los retos de la participación comunitaria*, In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2, Santafé, Bogotá, 1992. (Palestra)

\_\_\_\_\_. *La participación social en la promoción de la salud*, In: Conferência Internacional de Promoção da Saúde, Memórias, Ministério da Saúde da Colômbia /OPS, Santafé de Bogotá, 1992

\_\_\_\_\_. "La participación social en la reforma de la seguridad social". Santafé de Bogotá: Universalidad de la salud, Corporación Salud y Desarrollo, 1994.

OCHOA, D. RESTREPO, D., "En que va la participación ciudadana y comunitaria?", en *Rev. Pa'l Comun*, Edições Antropos, Santafé de Bogotá, D. C. , v. 1, n. 2, 1993.

OMS/ OPS. *Crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate*. Análise da infraestrutura de saúde 1987 - 1988, Washington, D. C., 1992

OMS/ OPS, *Promoción de la salud: una antología*, Publicación científica 557, Washington, D. C.,1996.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. *Salud para todos en el año 2000*, Washington, D. C.1978.

PAGANINI, José. *La salud desde los SILOS*. In: Conferência Internacional de Promoção da Saúde, Memórias, Ministério da Saúde / OPS, Santafé de Bogotá, 1992. (Palestra)

PALMA, Diego. *La promoción social de los sectores populares*. Argentina: Hvmánitas-Celats, 1988.

\_\_\_\_\_. "Siete Tesis discutibles en torno a los grupos de base con algunas alusiones al trabajo de promoción". *Apuntes para Trabajo social*, Santiago de Chile, n. 1, 1987.

PARDO, G., CEDEÑO, M., *Investigación en salud. Factores sociales*, Santafé de Bogotá: McGraw-Hill, 1997.

- PARK, Peter. *Que es la investigación participativa?. Una perspectiva teórica y metodológica* Santafé de Bogotá: Universidade de Massachussetts, Amherst.1989, 1990.
- PEDERSEN, Duncan, "La construcción cultural de la salud en América Latina", em *Cultura e saúde na construção das Américas*, Memórias del I Simpósio internacional de cultura e saúde - VI Congresso de antropología, Colcultura, Instituto Colombiano de Antropología, Comitato internazionales per lo sviluppo de popali, Tomo I ,Santafé de Bogotá, 1993.
- PEDRAZA, B. " Red de investigación comunitaria". Rev. *Parcomún*, Santafé de Bogotá, v. 3, n. 2, 1996.
- PEDROZA, Hilario, "Participación comunitaria: Un nuevo enfoque" Rev. *Parcomún*, Santafé de Bogotá, v. 2, n. 3, 1994.
- PERDOMO, Gloria, "La investigación acción participante como estrategia para la capacitación y evaluación de la educación sanitaria", *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, 1994.
- PREFEITURA DE CHIQUINQUIRÁ, *Propuesta para la creación de las USERBAS*, Documento de trabalho, Chiquinquirá, 1994
- \_\_\_\_\_. *Plan de Desarrollo Simplificado de Chiquinquirá*, Editores Gráficos, Tunja, 1994
- \_\_\_\_\_. *Proyecto Educativo Municipal. 1995-1997*, Direção de Chiquinquirá: Núcleo Educativo, 1995
- \_\_\_\_\_. *Plan Local de Salud*, Documento de trabalho, Chiquinquirá, 1998
- \_\_\_\_\_. *Plan Básico de Salud*, Documento de trabalho, Chiquinquirá, 1998
- \_\_\_\_\_. *Prediagnóstico Plan de Ordenamiento Territorial,(POT)* Documento de trabalho, Chiquinquirá, 1999
- \_\_\_\_\_. *Archivo Casa de la Cultura de Chiquinquirá*, documentos vários, (s. f.)
- QUEVEDO, Emilio. *El proceso salud enfermedad: Hacia una clinica y una epidemiologia no positivista*, Seminário Saúde – Administração, Universidade Javeriana, Faculdade de estudos interdisciplinares, Bogotá, 1990
- RAMIREZ, H. et al., *Condiciones en las que se produce la deserción escolar en el nivel básico primario, zona urbana de Chiquinquirá*. Chiquinquirá, 1989. (Monografía de Graduação) Universidade Pedagógica e Tecnológica da Colômbia, Faculdade de Ciências Sociais e Econômicas.



- RATHGEGGER, Eva. VALDERRAMA, Camilo. *Líneas de investigación prioritarias de promoción de la salud*. Washington. D.C. : OPS/OMS,1992.
- RESTREPO, D. "Agenda de la descentralización: Próximo cuatrienio". *Rev. Parcomún*, Santafé de Bogotá, n. 3, 1994.
- RESTREPO, Guillermo, VILLA, Alvaro. *Desarrollo de la salud pública colombiana*. Medellín: Universidade de Antioquia, 1980
- RESTREPO, Helena. *Promoción de la salud en el contexto urbano de América Latina*, División de promoción y protección, Washington, D.C.: OPS/OMS, 1994. (Mimeo).
- \_\_\_\_\_. *Información y comunicación para el empoderamiento de la comunidad*. Palestra, In: FORO NACIONAL DE SAÚDE COMUNITÁRIA, 6, 1998. Fundação Santafé de Bogotá / OPS. Santafé de Bogotá, D.C. 1998.
- RICO, Jesús, "Neoliberalismo, salud pública y atención primaria: las contradicciones en el paradigma de salud para todos", *Rev. Colombia Médica*, Corporación Médica del Valle, Cali, v. 28, n. 1, 1997.
- ROZENTAL, Manuel. *La promoción de la salud una visión desde Colombia*. Palestra, II Conferência Internacional de Promoção da saúde. Santafé de Bogotá: Ministério da saúde/OPS. Memórias, 1992
- \_\_\_\_\_. *Participación social en el desarrollo de la salud, actividades y tendencias*. In: FORO DE SALUD COMUNITÁRIA. FUNDAÇÃO SANTAFÉ, 3, 1997. Santafé de Bogota.1997. (Palestra)
- RUIZ, Manuel, LARA, Rodolfo, "Estrategias para la descentralización municipal en salud". *Rev. Saúde pública do México*, México, v. 32, n. 5, 1990
- SALAZAR, Ma. C"Reseñas la investigación acción participativa: inicios y desarrollos", *Rev Análise Político*, Instituto de estudos políticos y relações internacionais, Universidade Nacional da Colombia, Santafé de Bogotá,1992.
- SAINZ, J., ZUÑIGA, E. *Importancia del estudio de la cotidianidad en los programas de promoción social*, Escola Nacional de trabalho social, México, D. F. CONFERENCIA LATINO- AMERICANA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, 2, 1996. Escritorio Regional Latino - americano, (ORLA), Santiago do Chile, 1996
- SALAMANCA, Manuel. *Descentralización, administrativa y participación comunitaria*. (Departamento de Administração e Educação, Faculdade de Enfermagem, Universidade Nacional da Colômbia, Bogotá, [s/d].
- SAN MARTIN, J., *El sentido de la filosofía del hombre*. Barcelona: Anthropos, 1988.
- SAN MARTIN, Hernán. *Crisis mundial de la salud. Problemas actuales de planificación*. Madri: Ciência, 1984.

- SAN MARTIN, Hernán y PASTOR, Vicente, *Economía de la salud*, Teoría social de la salud. Madri: Interamericana Mc. Graw-Hill 1989.
- SAN MARTIN, Javier, *El sentido de la filosofía del hombre*. Espanha: Editorial Anthropos, 1988.
- SANDOVAL, Carlos. *Investigación cualitativa*. Programa de especialización en teoría, métodos e técnicas de pesquisa, Instituto Colombiano de Fomento da Educação Superior, ICFES, Santafé de Bogotá, 1997.
- SANDOVAL, Salvador, "Algumas reflexões sobre cidadania e formação de consciência política no Brasil". In: Spink, M., *Cidadania em construção uma reflexão transdisciplinar*. São Paulo: Cortez editora, 1994.
- SANTANA, V. "El empoderamiento una ilusión". Rev. *Summa* Santafé de Bogotá, n. 3, ago. de 1998
- SAUNDERS, Ruth. Waht is health promotion?, *Health education*. 1988
- SIGERIST, Henry. *Medicine and human welfare*. New Haven. Yale University, 1941. Citado por Duarte N. E. H.E. "Sigerist: pionero da historia social da medicina e la sociología médica". *Educacão médica e saúde*,. Washington, D.C. OPS/ OMS, v. 26, n. 1, 1992
- [SIN AUTOR], Desarrollo local y nuevos modelos de atención en el contexto del Sistema Nacional de Salud 1976 - 1988, Arquivo, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Enfermagem, Universidade Nacional de Colômbia, Mimeografado (s.f.), Santafé de Bogotá
- [SIN AUTOR], La comunidad como base de la planificación, Arquivo Departamento de saúde Pública, Faculdade e Enfermagem, Universidade Nacional de Colômbia, Mimeografado (s.f.), Santafé de Bogotá
- SMITH,S; PYRCH, T; ORLENAS,A. "El concepto de investigación -acción con participación comunitaria en pro de la salud". Rev. *Foro Mundial de la Salud*, Ginebra, v. 14, 1993
- SOLER, Nancy, "El vaivén del cambio", Rev. *Parcomún*, Santafé de Bogotá, v. 4, n.3, 1996
- SONIS, A. *Medicina sanitaria y administración en salud*, Buenos Aires: Ateneo, 1971
- SPINK, Mary J.,( Org.), *A cidadania em construção. Uma reflexão transdisciplinar*. São Paulo: Cortez 1994
- SPOSATI, Adaliza y LOBO, Elsa, "Controle social e políticas de saúde". *Cadernos de saúde pública*, Río de Janeiro, v. 5, n.2, 1989
- STEVENSON, Leslie, *Siete teorías de la naturaleza humana*, Colección Teorema. Madri, 1986.

STRONQUIST, N., "Investigación participativa un nuevo enfoque sociológico". *Rev. Colombiana de Educação*, Universidade Pedagógica Nacional, Santafé de Bogotá, 1983.

\_\_\_\_\_. "Búsqueda del empoderamiento en que puede contribuir el campo de la educación?, In: LEON, M. *Poder y empoderamiento de las mujeres*, Universidad Nacional de Colombia, Santafé de Bogotá, Tercer Mundo Editores, 1997

TEJADA, de R. David, "Salud pública y APS una evaluación crítica",. In: *Crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate*. Washington, D. C.: OMS / OPS, 1992. (Publicação Científica 540)

TESTA, Mario, "Salud pública: Acerca de su sentido y significado" en *Crise da saúde Reflexiones para el debate*. Washington, D. C.: OMS/OPS, 1992. (Publicação científica n. 540)

TORRES, Alfonso, *Movimientos sociales y organización popular*. Universidade Nacional Aberta e à Distância, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Santafé de Bogotá, 1997.

\_\_\_\_\_. *Enfoques cualitativos y participativos en investigación social*, Universidad Nacional Aberta e à Distância, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Santafé de Bogotá, 1997

TORRES, C. Hernando, "Soberanía y participación". *Rev. Parcomún*, Santafé de Bogotá, n. 3, 1994.

TUBURAIN, J. *Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en salud*. Madrid: Díaz dos Santos, 1992

UCHOA, E. et al. " Antropologia médica: Elementos conceptuais y metodologicos para um abordagem da saúde e da doença". *Rev. Cad. Saúde Publica*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, 1994

UNIVERSIDADE NACIONAL DA COLÔMBIA. Facultad de Enfermería. Cendine. Documento de trabajo, Santafé de Bogotá, 1993.

\_\_\_\_\_. Facultad de Enfermería, *Plan de Desarrollo 1995-1998*, Documento de trabajo, Santafé de Bogotá, 1998.

\_\_\_\_\_. *Plan estratégico de desarrollo 1999- 2003 ¡Liderazgo por resultados!*, Sede Santafé de Bogotá, 1999

VARGAS, Alejo, *Participación social, planeación y desarrollo regional*, Universidade Nacional da Colômbia. Faculdade de Direito e Ciências Políticas. Editora Universidade Nacional da Colômbia, Santafé de Bogotá, 1994

VÁSQUEZ, E. "La interdisciplinariedad y la formación integral". *Rev. Política e Gestão Universtária*, Universidade del Valle, Cali, 1994.

VELÁZQUEZ, Fabio, *Participación ciudadana: condición e instrumento de la democracia*. Bogotá: Departamento de Administração e Educação, Faculdade de Enfermagem, Universidade Nacional na Colômbia, Bogotá. (Mimeo).

---

“ Crisis municipal y participación ciudadana”. *Rev. Foro*, Bogotá, n. 1, 1986

VELÁZQUEZ, Ligia, Formas y modalidades de la participación social en el sistema de seguridad social en Colombia. In: FORO DE SAÚDE COMUNITÁRIA,3, Santafé de Bogotá, 1997. (Palestra)

VERNOT, Andrés, *Desarrollo comunitario*, ESAP, Publicações/Ad 060-78, Bogotá, 1985. (Mimeo).

WHO International conference on health promotion. Healthy public policy: strategied for action Adelaide: common wealth departament of community services health. Australia.1988. Citada por López, L. Et al.. Promoción de la salud un nuevo enfoque de salud pública, Escola andaluza de saúde pública, Junta de Andalucía. Granada, 1994

YEPES, Antonio, "El derecho a la salud: La necesidad de repensar los derechos sociales". *Revista Faculdade Nacional de Saúde*, Universidade de Antioquia, Medellín, v. 17, n.1, 1999.

YOUNG, K., “El potencial transformador en las necesidades prácticas: Empoderamiento colectivo y el proceso de planificación, In: LEON, M. *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Universidade Nacional de Colômbia. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1997.

ZAMBRANO, Fabio, “El miedo al pueblo”. *Rev. Análisis 2*, CINEP, documento ocasional 53, Bogotá, 1989