



EDUCAÇÃO, SAÚDE, POLÍTICAS PÚBLICAS E PARTICIPAÇÃO: o desafio da interdisciplinaridade, intersectorialidade e mobilização comunitária

Alzira Maria Baptista Lewgoy¹
Maria Inês Azambuja²
João Henrique Godinho Kolling³
Anely Marmitt⁴
Marília Backes⁵

RESUMO: Apresentamos resultados de dois anos do *Projeto Intersossego*, projeto Intersetorial e Interdisciplinar desenvolvido na Vila Sossego, comunidade irregular localizada em área central de Porto Alegre. O Projeto tem propiciado um espaço comum para professores e alunos de graduação de diferentes cursos da UFRGS, profissionais de saúde da UBS/HCPA, assistentes sociais do CRAS-Centro e moradores da Vila Sossego discutirem e encaminharem propostas para problemas identificados por qualquer uma das partes, e refletirem criticamente sobre suas demandas, a oferta dos serviços públicos, os limites das políticas sociais e as responsabilidades tanto da Universidade como da Comunidade como agentes de transformação social.

Palavras-Chave: Saúde Urbana, política pública, intersectorialidade interdisciplinaridade, educação superior, Universidade Pública.

ABSTRACT: This paper presents the two years' experience of the *Intersossego Project*, an inter-sectorial and interdisciplinary group aiming at changing social determinants of health at the local level, in a small slum area within the central zone of the city of Porto Alegre called *Vila Sossego*. The project has allowed the identification, follow-up and debate - by members of the community, health professionals, city social workers and professors and students of different undergraduate courses of the Universidade Federal do Rio Grande do Sul - about community problems, the adequacy of public policies and the roles of both, the University and the community members and their representations as agents of social transformation.

Key words: Urban Health, public policy, intersectoral, interdisciplinary, higher education, public university

¹ Doutora. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: lewgoy@terra.com.br

² Doutora. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

³ Mestre. Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

⁴ Estudante de Graduação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: anely1992@hotmail.com

⁵ Estudante de Graduação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: marilia.backes@yahoo.com.br



1 INTRODUÇÃO

A intervenção interdisciplinar é cada vez mais um requerimento do trabalho na esfera executiva, indispensável na formulação de políticas públicas e na gestão de políticas sociais. Requer-se, pois, desenvolvimento de competências que articulem as distintas formas de expressão e de aproximação dos profissionais à realidade social: ter sensibilidade para escutar e trabalhar com o outro, saber construir coletivamente, contribuir, criticar, propor, criar, atualizar-se, e aprender a mudar. A abrangência do trabalho interdisciplinar vai além da execução, competindo-lhe pesquisas, planejamento, assessorias e gerenciamento de recursos e projetos. Esse saber-fazer interdisciplinar tem como eixo a qualidade dos serviços prestados, o respeito ao usuário dos serviços e a melhoria de programas institucionais, o que exige o desafio diário de re-descobrir alternativas e possibilidades para o trabalho dos profissionais no cenário atual. Quando este fazer interdisciplinar ocorre, não no âmbito dos serviços institucionais, mas na comunidade, novas considerações e aprendizados são necessários. E o tema “Saúde Urbana” é propício para a exploração destes desafios.

A Saúde Urbana é aqui concebida não como a distribuição dos níveis de saúde dos grupos humanos que habitam o meio urbano, mas como a saúde das cidades, medida pelas condições de urbanização, habitação, transporte, trabalho, distribuição de renda, lazer - e inclusive os níveis e distribuição da saúde humana (AZAMBUJA e COLS, 2011). O Ministério da Saúde tem enfatizado a necessidade de os profissionais de saúde adquirirem conhecimento aprofundado do território de atuação de seus serviços como elemento fundamental para o desenvolvimento de um processo de trabalho efetivo na Atenção Primária (BRASIL, 2007). A Carta de Ottawa define promoção de saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (BRASIL, 2002). Contudo, para, de fato, promover saúde, é necessário intervir também no contexto social, nas causas das causas da má distribuição da saúde, ou seja, nos processos sociais, econômicos e políticos que induzem e mantêm a desigualdade que, no grupo socialmente desfavorecido, se expressa como pobreza, assentamentos urbanos irregulares, más condições de trabalho, baixa qualidade da educação, entre outros.



Foi a partir da compreensão de que a Saúde, embora direito de todos, é na prática produzida e distribuída desigualmente como resultado das relações sociais (globais, nacionais e locais), que um grupo de professores da UFRGS articulou-se, em 2010, sob o guarda-chuva de um Programa de Extensão e Pesquisa em Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades (AZAMBUJA et al , 2011), financiado pelo PROEXT/MEC.

Eram questões originalmente colocadas pelo grupo: 1) se seria possível atuar sobre determinantes sociais do adoecimento no nível local e; 2) como trabalhar no território de forma integrada, interdisciplinar, intersetorial e com participação da população local. Para explorar esta questão iniciou-se em abril de 2011, um projeto de extensão comunitária denominado *“Projeto Intersossego - Integralidade e Intersetorialidade: trabalho multiprofissional em uma microregião de Porto Alegre”*, desenvolvido na Vila Sossego, uma área de moradia irregular na região central da cidade. Este espaço é raro tendo em vista sermos em geral atropelados pelas emergências do cotidiano, que dificultam o estabelecimento de relações entre o ensino superior, as políticas públicas e os supostos beneficiários do ensino e das ações sociais. Sabemos que temos que fazer caminhos, caminhando. Se for verdade que a formação acadêmica é muitas vezes descomprometida com a solução dos problemas da população, como fazer para aproximá-la da realidade social?

2 MARCOS CONCEITUAIS

A participação social e a educação são eixos teóricos que ancoram nossa intervenção na Vila Sossego. Segundo Souza (2004) a dificuldade maior para enfrentar os problemas do dia a dia é a participação. Neste projeto, entendemos que haja dois níveis de participação a serem investigadas: o da comunidade, na identificação e acompanhamento da resolução de seus problemas, e o dos profissionais e futuros profissionais em formação pela Universidade Pública Brasileira em relação às expectativas nacionais de maior equidade social e de saúde para todos, e a seu envolvimento com a comunidade, alvo de seu atendimento. Mas, além do diagnóstico, tem-se que trabalhar em conjunto o próprio processo de participação. Souza (2004) sugere como estratégia de capacitação para a participação a constituição de grupos, inicialmente para o enfrentamento de interesses imediatos, mas que, à medida que



resolvem pequenos desafios, aprendem para o enfrentamento de outros e vão, no processo, desvelando as relações causais implicadas no processo.

No eixo da educação, entende-se este caminho como um processo em espiral, “onde as circunstâncias produzem um tipo de sociedade e de homem que, quando educado, pode alterar essas circunstâncias, criando um novo tipo de homem e de sociedade” (PEREIRA, 2006 p.318). Como deixa claro Cardoso (2011), as estruturas sociais, historicamente construídas, impõe limites ao que seja possível atingir com um trabalho somente dentro da comunidade. Mas acreditamos que não estamos limitados a escolher entre os papéis do “observador objetivo e isento” ou do “denunciante romântico”. Cardoso chama a atenção para o pensamento de Turner (1969) sobre frestas, momentos espontâneos e renovadores da estrutura de classes que podem resultar em transformações sociais. Podemos estar vivendo um destes momentos. O esforço nacional na direção de mais distribuição de renda e as oportunidades econômicas impulsionadas pelo aumento no consumo interno de bens e serviços podem impulsionar um novo ciclo de democracia e desenvolvimento, com ampliação da equidade social (CALDERON, 2009). Tanto na educação de graduandos como nas ações interdisciplinares junto à comunidade, o trabalho do grupo espera ir além do projeto setorial de saúde pública ou da humanização dos serviços de saúde, em direção à construção de uma sociedade mais justa e igualitária (LEWGOY, et al, 2008).

3 A EXPERIÊNCIA: O CONTEXTO E O PROJETO

A comunidade foco deste estudo ocupa irregularmente, há mais de 30 anos, uma área central no município de Porto Alegre, declarada Área Especial de Interesse Social (AEIS) pela Prefeitura em 2008, no qual aguardam projeto habitacional pelo governo. As Áreas Especiais de Interesse Social são aquelas destinadas à produção ou recuperação de Habitação sem a remoção dos moradores, exceção feita às moradias em situação de risco e em casos de excedentes populacionais. A comunidade tem uma liderança formal – uma assistente social ligada ao partido do Governo, que mora ela mesma em situação regular, fora do perímetro da AEIS delimitada em 2008. Têm também lideranças informais, como a dona do bar, alguns representantes ou ex-representantes da comunidade no orçamento participativo, e alguns



moradores que, através da participação mais ativa na defesa de interesses pessoais e ou coletivos nas reuniões do projeto, tornam-se referência para todos. Outra liderança informal é da agente comunitária de saúde, moradora na vila vizinha, já urbanizada. A comunidade relaciona-se ainda com uma paróquia da Igreja Católica, com uma igreja evangélica que busca ativamente atrair jovens da vila para suas atividades, com um Centro Comunitário coordenado pelo líder da vila Vizinha, com um Serviço de Apoio Socioeducativo (SASE) que presta atendimento às crianças no turno inverso ao da escola, com uma academia de capoeira próxima, com uma Escola Estadual, com a Unidade Básica de Saúde -UBS e com o Centro de Referência de Assistência Social CRAS- Centro.

Este projeto foi concebido como um laboratório para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde a partir da intervenção local sobre seus determinantes sociais e ambientais. Desafia assim a lógica do atendimento através da oferta de serviços e parte de uma tentativa de diagnóstico e planejamento conjunto envolvendo a UFRGS, a UBS Santa Cecília, o CRAS - Centro e a comunidade Vila Sossego.

Foram etapas desta intervenção até o momento: (a) Composição da equipe, com a participação, ao longo do período, de docentes e acadêmicos de diversos cursos de graduação da UFRGS (Serviço Social, Medicina, Nutrição, Fonoaudiologia, Psicologia, Arquitetura, Educação, Políticas Públicas, Comunicação, Odontologia, Saúde Pública, Direito), profissionais e agentes da UBS- HCPA Santa Cecília e Assistentes Sociais do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS-Centro/FASC-PMPA); (b) o reconhecimento coletivo do espaço geográfico de inserção da equipe e de sua população; (c) mais de 100 visitas e 21 reuniões na Vila Sossego (uma reunião todas as primeiras terças-feiras do mês à noite, desde junho de 2011); (d) 15 reuniões intersetoriais na UBS (UBS, UFRGS, CRAS-centro), para estudo, diagnóstico e planejamento interdisciplinar das atividades e 80 reuniões do grupo da UFRGS (duas vezes por semana no período letivo) para estudo dos conceitos-chave sobre Saúde, Saúde Urbana, Comunidade, Extensão Universitária, Interdisciplinaridade, Plano Diretor, Área Especial de Interesse Social, Urbanismo e Habitação, Educação e Participação; (e) a edição e circulação de um jornal, o *Saúde Sossego* (sete edições até o momento) com contribuição da UFRGS, UBS, CRAS/Centro e de moradores da Vila, que tem servido como ferramenta de comunicação e mobilização social. Este instrumento



foi uma inovação reconhecida como importante pelo grupo e pela comunidade para a visibilidade do trabalho na Vila Sossego e na cidade de Porto Alegre; (f) um levantamento conjunto UFRGS/UBS do número de famílias e moradores da comunidade, e de dados socio-demográficos e de saúde da população.

4 RESULTADOS

Com relação aos objetivos, 1) Os temas debatidos nas reuniões da Vila Sossego nos últimos dois anos, por iniciativa dos diferentes atores envolvidos no processo incluem: a) situações de risco grave e iminente - muro alto com risco de queda, fiação irregular e risco de incêndio, b) situação de risco à saúde – más condições de habitação, má disposição do lixo doméstico e de recicladores no local, ratos, animais domésticos em excesso, mosquitos,- c) baixo índice de resolução de problemas por parte dos órgãos públicos,- d) baixa participação dos moradores na discussão dos problemas da Vila,- baixo grau de informação sobre o andamento do projeto de reurbanização,- e) baixo índice de cadastramento dos moradores no Cadastro Único da Assistência Social (necessário inclusive para o acesso à moradia popular),f) número incerto de casas e moradores –órgãos públicos (SUS, CRAS, DEMHAB) com números inconsistentes,- g) epidemia de Dengue, h) planejamento conjunto de uma Feira da Saúde;

2) Até o presente momento, as modificações em determinantes sociais da saúde foram pontuais – substituição de um muro com risco de queda, investimento público na praça local, melhoria na coleta do lixo, investimentos em áreas de circulação mais deterioradas. No entanto, a maior demanda da população - a “habitação digna” - que reconhecemos como o mais importante determinante de saúde para esta população hoje está, depois de 30 anos, ainda por ser conquistada. Identificamos o descompasso entre promessas recorrentes de agentes políticos e a dificuldade para encaminhar soluções efetivas para a moradia digna.

3) Há muita dificuldade no encaminhamento de soluções para problemas sociais e ambientais, importantes determinantes da saúde a nível local. Há limitações de dois tipos: a cultura clientelista de algumas lideranças comunitárias e políticas, que esperam resolver tudo na base do compadrio, e a autonomia setorial e centralização administrativa, que dificultam o planejamento local integrado. Os setores estão organizados pela oferta especializada de seus



profissionais e serviços, enquanto as demandas das populações locais são frequentemente mais complexas, envolvendo vários setores simultaneamente. Evidenciamos que diferentes órgãos públicos têm registros parciais e não superponíveis sobre habitações/famílias/prontuários da Vila Sossego. Para a comunidade são 85-90 famílias; o DEMHAB lista 76 Unidades Habitacionais. O CRAS-Centro, após ação dirigida, chegou a 61 famílias incluídas no cadastro único. Já a UBS tem prontuários de 106 famílias e 303 pacientes, na área da Sossego.

4) A epidemia de Dengue que atingiu a comunidade em fevereiro de 2013, com 8 casos registrados numa população de aproximadamente 335 pessoas, ilustra perfeitamente a insuficiência das políticas públicas para o enfrentamento de determinantes sociais do adoecimento bem conhecidos de todos e recorrentemente debatidos pela comunidade, a UFRGS e os órgãos da Saúde e da Assistência Social. Uma resposta mais efetiva dos órgãos públicos, com integração entre Vigilância em Saúde, Departamento Municipal de Limpeza Urbana, Promotoria e Fiscalização municipal só ocorreu tardiamente, depois da epidemia diagnosticada, e mais importante, noticiada pela mídia impressa da cidade em função do Projeto. E dificilmente terá continuidade.

5) A articulação entre parceiros no nível local, em construção, tem-se mostrado promissora. Atualmente num trabalho conjunto entre UFRGS e UBS Santa Cecília, mapeamos o número de domicílios e famílias, que em março de 2013 totalizaram 104 residências/famílias e 335 moradores. E acabamos de realizar um feira de saúde coordenada pelo Projeto (UFRGS, UBS e Comunidade) e com a participação de várias entidades com interface com a Vila Sossego – CRAS, SAJU (assessoria jurídica popular da UFRGS), Promotoria, Vigilância Sanitária, DMLU, Grupo de Capoeira...

6) Uma necessidade importante identificada pelo grupo foi a de se trabalhar em conjunto o processo de participação. Na Vila Sossego, a pouca participação parece refletir a baixa confiança dos moradores em sua capacidade de conquistar direitos já muitas vezes prometidos ao longo dos anos pelos órgãos públicos. Muitos simplesmente delegam, para pessoas que identificam como “mais capazes”, as lutas pelos seus interesses. Como salienta Souza (2004), a não participação pode ser também indicadora de participação, especialmente quando este é o único caminho para se contrapor ao que não se aceita. Na Vila Sossego,



identifica-se esta “não participação” ou por parte de membros da comunidade que discordam de encaminhamentos da liderança, ou por parte da liderança ao tentar desmobilizar ações que não controla. Com relação aos profissionais, a não participação muitas vezes decorre da cultura hegemônica, todos ainda habituados – assim como a academia - a trabalharem intramuros, ou da descrença ou desconfiança em relação a iniciativas que possam ir além das prerrogativas do serviço no qual se inserem.

7) Com relação à formação de professores, profissionais e alunos, desenvolvemos maior capacidade de escuta entre o grupo e escuta da comunidade pelo grupo. Para os alunos, a experiência de inserção em um território possibilitou pensar sobre os problemas numa dimensão não apenas teórica, mas teórica a partir da realidade, e questionarem os limites da oferta especializada de serviços, perspectiva que norteia a formação hoje. O depoimento de Prof. Cristianne Famer Rocha após a feira de Saúde na Vila Sossego no dia 13/4/2013 merece ser transcrito aqui: *“O tempo colaborou, a “gurizada” [alunos de graduação] esteve ativamente presente, as ACS estavam super motivadas, os profissionais da UBS participaram com muita empolgação e os alunos do Curso de Especialização em Saúde Pública usufruíram de todas as atividades. Enfim, foi tudo muito bem organizado e usufruído por quem se dispôs a interagir! Estão/estamos todos de parabéns!”*

8) A partir da rica intervenção (projeto de extensão), foi proposto e aprovado pelo CNPq, no último edital de Ciências Sociais, um projeto de pesquisa que pudesse aprofundar a investigação de questões nas áreas da saúde urbana, interdisciplinaridade, comunidade, formação e exercício profissional. No processo, esperamos compreender melhor os gargalos para o trabalho em redes intersetoriais e as dificuldades para a participação mais efetiva da comunidade no diagnóstico e encaminhamento de soluções para seus problemas, e quem sabe propor alternativas que possam ser estendidas a outras comunidades.

CONCLUSÃO

Do relatado até aqui têm-se que foram elementos constitutivos do projeto em curso a) a compreensão de que, nas cidades, a saúde humana é construída em estreita associação com a produção dos locais de moradia, das condições de trabalho, da educação, transporte, e



acesso a serviços em geral, incluindo serviços de saúde (BASSANESI E COLS, 2008); b) que desigualdades sociais acentuadas expressam a má saúde das cidades (por sua vez resultado de processos sociais mais amplos, nacionais e transnacionais (KRIEGER, 2010; HARVEY 2005)); c) o reconhecimento que no local é que se expressam os efeitos históricos das relações econômicas globais e nacionais, efeitos estes expressos em todas as esferas da vida urbana, com grande desigualdade social hoje especialmente evidente nas metrópoles dos países periféricos (HARVEY 2005); d) que os pesquisadores têm seus antecedentes, por exemplo, suas áreas de conhecimento específicas; e) que a formação profissional está inadequada para lidar com problemas complexos intersetoriais; f) que a Universidade, sem abrir mão de uma perspectiva histórica e universal sobre a determinação de diferenças econômicas e sociais, precisa aproximar-se da comunidade para também aprender e ensinar à partir de problemas contextuais. Uma das contribuições científicas deste projeto de intervenção é a necessidade de dar mais visibilidade ao tema das desigualdades por ser um tema que tem sido tratado pela academia no Brasil, conforme crítica de Márcio Poshmann em palestra recente (28/9/2011) proferida no Seminário Sociologia & Política, na UFPR (DUARTE, 2011), de forma muito descritiva e com pouco de enfrentamento real e efetivo. O autor questionou, ainda, em que medida a discussão está ligada a intervenções efetivas, a políticas que possam de fato alterar a realidade como a conhecemos. E atribuiu à fragmentação e à especialização das ciências sociais o aprofundamento do quadro de alienação sobre o problema das desigualdades.

Este grupo vem aprendendo a reconhecer que as exigências da realidade vão além das possibilidades oferecidas por “monólogos de especialistas”; que é preciso uma troca mais transversal de conhecimentos entre profissionais e a comunidade, que considere suas demandas e necessidades. E, mais importante que precisa compreender melhor as motivações dos moradores e os processos que resultam em decisões relevantes, como por exemplo, aquelas que envolvem a urbanização da vila. Como no caso do projeto de extensão, também é intenção do grupo fazer da pesquisa um espaço de formação profissional, já que é através da sólida e rigorosa investigação, que o profissional desenvolve a capacidade de compreender seu papel no contexto das relações sociais, numa perspectiva de totalidade social.



REFERÊNCIAS

- AZAMBUJA, M. I. R. et. al. Saúde urbana, ambiente e desigualdades. **Rev Bras Med Fam Com.** v.6, n.19. p. 100-105. 2011.
- BASSANESI, S. L.; AZAMBUJA, M. I.; ACHUTTI, A. C. Mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e desigualdades sociais em Porto Alegre: da evidência à ação. **Arq Bras Cardiol.** v.90. p. 403-412. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CARDOSO, R.. **Os “símbolos” e o “drama” da antropologia política.** Em: Caldeira, Teresa Pires do Rio (Org), *Obra Reunida.* Ed. Mameluco, São Paulo, SP, 2011. p.145-155.
- CALDERON, F.. **Inflexión histórica: la situación socioinstitucional en el cambio político de América Latina.** Em: FLEURY, Sonia e LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (Eds): *Democracia e Saúde, Coleção Pensar Saúde, CEBES* 2009.
- DUARTE, R.J **Pochmann: Pobres que trabalham e estudam têm jornada superior à dos operários no século XIX** .2011. Disponível em: <http://www.afaiterj.org.br/noticias/2399-marcio-pochmann-realca-desigualdades-sociais-e-economicas-que-geram-a-alienacao-intelectual-no-brasil.html>. Acesso em 20 de outubro de 2011.
- HARVEY, D. **A produção capitalista do espaço.** 2 ed. São Paulo: Annablume, 2005.
- KRIEGER N. et. al. Who, and what, causes health inequities? Reflections on emerging debates from an exploratory Latin American/North American workshop. *J Epidemiol Community Health.* v. 64, n.9. p.747-9. Sep, 2010.
- LEWGOY, A. M. B.; MENDES, J. M. R.; SILVEIRA, E. M. C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Revista Ciência & Saúde,** v. 1, p. 24 -32, 2008.
- SOUZA, M. L. **Desenvolvimento de Comunidade e Participação.** 8ª ed.São Paulo: Cortez, 2004.
- PEREIRA, I.B. Possibilidades e avaliação de produzir conhecimento para a formação em saúde. In: Pinheiro, R; MATTOS, R.A (Org) **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006.