

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**GILDA MARIA DE CARVALHO ABIB**

**CONCEPÇÕES AMPLIADAS DE SAÚDE: O EXEMPLO DO ORÇAMENTO  
PARTICIPATIVO DE PORTO ALEGRE, RS**

**Porto Alegre**

**2007**

**GILDA MARIA DE CARVALHO ABIB**

**CONCEPÇÕES AMPLIADAS DE SAÚDE: O EXEMPLO DO ORÇAMENTO  
PARTICIPATIVO DE PORTO ALEGRE,RS**

Trabalho de Conclusão de Curso,  
apresentado como requisito parcial para  
a obtenção do grau de Bacharel em  
Enfermagem, ao Curso de Enfermagem  
da Escola de Enfermagem da  
Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul.

Orientadora: Dra Dora Lúcia Leidens  
Corrêa de Oliveira

**Porto Alegre**

**2007**

Dedico este trabalho aos meus pais  
Maria Lucia e Luiz Paulo, que me  
ensinaram que para alcançar meus  
objetivos devo acima de tudo agir com  
honestidade e dedicação.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha querida orientadora, Professora Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira, pela disponibilidade, tranqüilidade, dedicação e principalmente por sempre ter depositado confiança em mim. Obrigada por todos os momentos de conversa e amizade que me apoiaram e contribuíram para o meu amadurecimento pessoal. Para mim, a melhor orientadora e um exemplo a ser seguido, sem dúvidas. Muito obrigada!

Agradeço aos meus lindos pais Luiz Paulo e Maria Lucia por todo o amor e carinho que sempre tiveram por mim. Mesmo estando longe todos os dias estiveram presentes. Pais maravilhosos que nunca deixaram de me ligar, duas pessoas que me mostraram que o amor incondicional vence qualquer distância. Obrigada por serem para mim um exemplo de luta e honestidade.

Aos meus irmãos Lucia Helena e Leonardo que sempre se dispuseram a dividir o computador comigo para que eu pudesse fazer os meus trabalhos acadêmicos. E, também, pelos momentos de conversa que me fizeram refletir sobre a vida.

À minha madrinha Teresinha Abib por todos os momentos de estímulo e pela eterna disponibilidade para me ouvir, em qualquer horário do dia ou da noite, tentando sempre me mostrar os caminhos certos a serem seguidos. Obrigada por todo o carinho e amor.

Aos professores que me acompanharam nessa trajetória, em especial: Baltasar Lapis, Adriana Fertig e Jacó Fernando Schneider por todos os momentos de conversa que me estimularam a seguir sempre buscando meus objetivos.

À doutoranda Andréa Márian Veronese pela contribuição e auxílio na elaboração deste trabalho quando era apenas um projeto.

Aos meus queridos amigos e colegas Camila Righi, Lisandra Roos e Paulo Fábio Pereira por todos os momentos em que estiveram presentes sempre me ouvindo e contribuindo com palavras de amizade e estímulo.

À minha querida avó Maria José por ter feito parte da minha vida e por ter sido sempre um exemplo de bondade, coragem, honestidade e determinação.

Todos os meus escritos ficaram  
inacabados; sempre novos pensamentos  
se interpunham, associações de idéias  
extraordinárias e inexcluíveis, de término  
infinito... O caráter da minha mente é tal  
que odeio os começos e os fins das  
coisas, porque são pontos definidos.

Fernando Pessoa

## RESUMO

A participação da comunidade nas decisões relativas à saúde é um dos elementos centrais na proposta da promoção da saúde. Para a promoção da saúde é importante esta participação para a definição de prioridades e necessidades de saúde de indivíduos e grupos. Na cidade de Porto Alegre, uma das formas de realização dessa participação tem acontecido por meio do Orçamento Participativo (OP). O OP é dividido, nesta cidade, em dezessete regiões e seis temáticas. Periodicamente são realizadas reuniões e assembléias onde os membros das temáticas e regiões apresentam as demandas identificadas. A presente pesquisa objetivou identificar as necessidades de saúde da população de POA relatadas nas atas das reuniões da Temática da Saúde e Assistência Social (TSAS) do OP, realizadas no ano de 2006, analisando-as a partir do referencial da promoção da saúde. Trata-se de uma pesquisa documental, com análise qualitativa de dados proposta por Lüdke e André (1986). O estudo permitiu concluir que, para os membros da TSAS, a saúde não está apenas vinculada à ausência de doenças e que as necessidades de saúde precisam ser vistas para além da prevenção de doenças. Foi possível perceber que as necessidades identificadas estavam relacionadas a todo um conjunto de elementos ambientais, sociais e culturais que compõem as experiências de vida das pessoas e que, se estiverem em condições de equilíbrio, podem resultar em qualidade de vida e, conseqüentemente, em saúde.

**Descritores:** Promoção da Saúde; Participação Comunitária; Saúde

## **LISTRA DE ILUSTRAÇÕES**

QUADRO 1 – Necessidades de Saúde da Criança, Adolescente e Adulto Jovem	27
QUADRO 2 – Necessidades de Saúde Sexual e Reprodutiva	31
QUADRO 3 – Necessidades de Acessibilidade aos Serviços de Saúde	34
QUADRO 4 - Necessidades de Capacitação de Profissionais e Lideranças Comunitárias	36

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2 OBJETIVO</b>	<b>12</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>13</b>
<b>3.1 O Conceito Ampliado de Saúde no Contexto da Promoção da Saúde</b>	<b>13</b>
<b>3.2 Participação Popular em Saúde no Brasil: reflexos do movimento da promoção da saúde</b>	<b>17</b>
<b>3.3 Orçamento Participativo como Estratégia de Participação Popular</b>	<b>20</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>23</b>
<b>4.1 Tipo de Estudo</b>	<b>23</b>
<b>4.2 Campo de Estudo</b>	<b>24</b>
<b>4.3 Coleta de Dados</b>	<b>24</b>
<b>4.4 Análise dos Dados</b>	<b>25</b>
<b>4.5 Aspectos Éticos</b>	<b>26</b>
<b>5 COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS</b>	<b>27</b>
<b>5.1 Saúde da Criança, do Adolescente e do Adulto Jovem</b>	<b>27</b>
<b>5.2 Saúde Sexual e Reprodutiva</b>	<b>31</b>
<b>5.3 Acessibilidade aos Serviços de Saúde</b>	<b>33</b>
<b>5.4 Capacitação de Profissionais e Lideranças Comunitárias para o Trabalho em Saúde</b>	<b>36</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>41</b>





## 1 INTRODUÇÃO

Durante minha trajetória acadêmica participei ativamente de grupos de pesquisas, dentre eles destacou-se o Grupo de Estudos em Promoção da Saúde (GEPS), pois tive a oportunidade de discutir e estudar diversos artigos científicos que tratavam sobre temas relativos ao movimento da promoção da saúde. Este movimento começou na década de 70 e teve repercussões em vários países, inclusive no Brasil.

Uma das apostas do movimento da promoção da saúde é promover a autonomia dos indivíduos e grupos através de gestões coletivas de serviços, programas e políticas na área da saúde, onde se achem envolvidos os usuários, os movimentos sociais, os profissionais, os gestores, e outros segmentos interessados nas questões relativas à saúde da população. A idéia é que este compartilhamento resulte numa maior articulação entre os diversos setores da sociedade para o alcance de objetivos em prol do bem comum e de qualidade de vida.

A participação da comunidade nas decisões relativas à saúde e a autonomia e controle social, que devem acompanhar este processo, são elementos centrais na proposta da promoção da saúde e do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS). Conforme Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43) o “controle social, no sistema de saúde brasileiro, quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde”. Para a promoção da saúde e igualmente para o SUS, é importante esta participação para a definição de prioridades e necessidades de saúde de indivíduos e grupos, o que pode resultar em desenvolvimento social orientado por essas necessidades.

Na cidade de Porto Alegre (POA), capital do Rio Grande do Sul (RS), uma das formas de realização dessa participação popular tem acontecido por meio do Orçamento Participativo (OP), em funcionamento desde 1989. O OP é um programa governamental criado em função das demandas em torno da promoção

da autonomia dos sujeitos e do reconhecimento da importância do controle social. O OP busca permitir que os cidadãos decidam o destino dos investimentos públicos municipais através de reuniões e assembléias abertas e periódicas e processos de negociação direta com o governo. Como refere Souza (2001, p. 84),

No que se refere à participação da comunidade, muitos governos locais no Brasil estão envolvidos no desenvolvimento desses mecanismos, que vão desde a criação de conselhos comunitários até o chamado orçamento participativo (OP). O OP tem sido visto, tanto na literatura nacional quanto na estrangeira, como um exemplo de instrumento de promoção do "bom governo" ou da boa governança urbana.

Em POA, as funções do OP são operacionalizadas através da realização de reuniões e assembléias das comunidades do município, o qual foi dividido em dezessete regiões (conforme a geografia da cidade)<sup>1</sup> e seis temáticas. As temáticas do OP são as seguintes: circulação, transporte e mobilidade urbana; saúde e assistência social; educação, esporte e lazer; cultura; desenvolvimento econômico, tributação e turismo; organização da cidade, desenvolvimento urbano e ambiental. Todo cidadão pode participar da discussão do OP na Região onde reside, independente da temática. (PORTO ALEGRE, 2007).

Embasada nos pressupostos da promoção da saúde que estabelecem a participação da comunidade como um de seus princípios-chave, tive o interesse de pesquisar sobre o OP de POA, por ser esta uma das estratégias de viabilização da participação popular que tem tido muita visibilidade, desde sua implantação em 1989. A temática do OP escolhida para ser foco da pesquisa é a Temática da Saúde e Assistência Social (TSAS), escolha que se deu em função da minha identificação com as questões vivenciadas pela enfermagem no campo da saúde pública.

Considerando o exposto a presente pesquisa visa identificar as necessidades de saúde relatadas nas reuniões da TSAS do OP em POA, RS, analisando-as sob a ótica do referencial da promoção da saúde, em particular no

---

<sup>1</sup> As dezessete regiões do OP estão listadas no Anexo A

que tange à relevância da compreensão de saúde de uma forma ampliada (para além de ausência de doença), como preconiza a promoção da saúde.

No decorrer desta pesquisa, não foram encontradas referências à TSAS do OP na literatura científica da área da saúde. Assim, o presente estudo poderá de servir de estímulo para que os profissionais da enfermagem desenvolvam novas pesquisas sobre o tema e, também, possam vir a interagir com os membros da TSAS com o objetivo de suprir suas necessidades.

## 2 OBJETIVO

A partir das considerações iniciais, o objetivo geral do estudo ficou assim definido:

- Identificar as necessidades de saúde da população de POA relatadas nas atas das reuniões da TSAS do OP realizadas no ano de 2006, analisando-as a partir do referencial da promoção da saúde, em particular no que tange à concepção ampliada de saúde.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 O Conceito Ampliado de Saúde no Contexto da Promoção da Saúde

O conceito de saúde vem sofrendo mudanças ao longo dos últimos anos, sendo que desde a metade do século passado essas mudanças estão sendo cada vez mais articuladas pelos estudiosos no campo da saúde no Brasil e no mundo.

No Brasil, a mudança nos paradigmas da saúde, que hoje resultaram num conceito ampliado de saúde, passaram a ser articuladas a partir da segunda metade do século.

Ao longo do período de 1945 a 1964, todos os pronunciamentos oficiais e as posições políticas no campo da saúde pública associavam a saúde e doença aos problemas do desenvolvimento e da pobreza. Não havia retórica contrária a essa constatação, repetida inúmeras vezes por presidentes e ministros (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p.49).

Nesse mesmo período, tanto no contexto nacional como no internacional, haviam discussões acerca de que a saúde seria uma espécie de “pré-requisito” para que fossem possíveis avanços sociais, econômicos e todos os avanços relacionados ao desenvolvimento das nações. Assim, começaram a surgir propostas que tentavam observar a saúde em um contexto ampliado (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

A partir da década de 60, vários países começaram a enfrentar os problemas relativos aos efeitos da medicalização da saúde, que centrava as noções de saúde na prática médica e caracterizava o corpo humano como uma espécie de máquina, que dependia de intervenções que curassem os seus problemas e garantissem seu bom funcionamento. As grandes massas populares estavam cada vez mais dependentes de uma saúde curativa e preventiva e, ao mesmo tempo, com menos acesso aos serviços de saúde.

Com isso, passaram a ganhar visibilidade propostas de programas alternativos que extrapolassem a visão da saúde como problema médico e estimulassem o auto-cuidado (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Isto aconteceu em função da emergência da transição epidemiológica, caracterizada por uma diminuição de casos de adoecimento ocasionados por infecções, em função do desenvolvimento de antibióticos, e um aumento dos casos de doenças crônicas. A medicina não tinha mais a prerrogativa de curar com a terapêutica as doenças, uma vez que somente o tratamento não era suficiente para controlá-las. Era necessário investir também na co-responsabilização dos indivíduos para o tratamento de doenças como a hipertensão e a diabetes. Além disto, a emergência das doenças crônicas indicava que também o ambiente precisava ser alvo de atenção das autoridades sanitárias. Não era mais possível entender os processos de adoecimento como oriundos apenas do mau funcionamento do corpo.

Essas circunstâncias, que eram mundiais, ganharam repercussão e passaram a ser discutidas em eventos e conferências nacionais e internacionais. Neste contexto, a saúde passou a ser entendida de uma forma ampliada, ou seja para além do sentido de ausência de doença, como define a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é o “estado completo de bem-estar físico, mental e social”. Com isso, “a promoção da saúde surge, certamente, como reação acentuada à medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde” (BUSS, 2003, p. 15). E “como estratégia fundamental de um movimento que pretendia renovar o campo da saúde pública” enfatizando as influências sócio-ambientais nos padrões de saúde, ao contrário da “antiga saúde pública”, que focalizava as causas individuais das doenças (OLIVEIRA, 2005, p. 424).

Originado no Canadá, em 1974, o movimento da promoção da saúde teve seus pressupostos iniciais formulados no documento oficial conhecido como Informe Lalonde (LALONDE, 1996). Neste documento, era destacada a limitação das ações centradas na assistência médica como insuficientes para atuar sobre os grupos de determinantes originas da saúde. Estes grupos seriam: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde. Além

disso, este documento enfatizava a necessidade de haver uma associação entre melhorias ambientais e mudanças comportamentais para a promoção da saúde (LALONDE, 1996).

Ainda que este documento tenha tido grande importância histórica no campo da promoção da saúde, alguns autores argumentam que ele privilegiou os fatores de mudanças de comportamento individuais centrados na prevenção de doenças-crônicas degenerativas (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

As repercussões do Relatório Lalonde podem ser identificadas na concepção orientada das práticas de promoção da saúde ao longo da década de 1970 que, em sua maioria, tiveram foco restrito à modificação de hábitos, estilo de vida e comportamentos individuais não saudáveis, entre os quais o fumo, a obesidade, a promiscuidade sexual e o abuso de substâncias psicoativas. Tal abordagem centrava-se na prevenção de doenças crônicas degenerativas, problema prioritário dos países desenvolvidos. (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p.103)

A discussão acerca da inacessibilidade das grandes massas populares aos serviços de saúde e uma espécie de elitização da prática médica teve seu ponto culminante na Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, em Alma-Ata, no ano de 1978, em que se reafirmou que a saúde seria um dos direitos fundamentais do homem, sob a responsabilidade política dos governos e foi reconhecida a sua determinação intersetorial (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Este evento foi considerado um dos acontecimentos mais significativos para a saúde pública, pelo alcance que teve em praticamente todos os sistemas de saúde do mundo ao enfatizar a meta “Saúde para todos no ano 2000” através da cooperação entre as nações (BUSS, 2003). A declaração de Alma-Ata destacava que os cuidados primários de saúde deveriam incluir a educação, no que diz respeito aos problemas de saúde e métodos de prevenção e controle de doenças.

Após estes eventos, no ano de 1986, ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá. A Carta de Ottawa colocou a saúde como produto social e como fonte de riqueza de um cotidiano (MENDES, 1996). Ela definiu promoção da saúde como um processo de capacitação da



comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos deveriam saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e transformar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deveria ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de sobreviver. Nesse sentido, a saúde passa a ser vista como um conceito que realça os recursos sociais e pessoais bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade particular do setor saúde e vai além de um estilo de vida saudável. Com isto, a Carta de Ottawa sinaliza no sentido de que promover a saúde significa fornecer às populações condições para que estas sejam capazes de melhorar sua saúde e exercer maior controle sobre a mesma (BRASIL, 2002).

Desde sua divulgação, a Carta de Ottawa tem sido considerada uma referência da promoção da saúde em todo o mundo. Outras conferências internacionais como as que ocorreram em Adelaide em 1988; em Sundsväl em 1997; em Jacarta no ano de 1997, além de outras, consideraram esta carta como referência. Além disso, essas conferências tiveram o intuito de contribuir para o desenvolvimento do movimento da promoção da saúde e, conseqüentemente, contribuíram para uma reconstrução do conceito de saúde.

No Brasil, estas discussões repercutiram de uma forma que, no mesmo ano da realização da Conferência de Ottawa, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), nela a saúde passou a ser definida em um conceito mais abrangente que o utilizado até então. O novo conceito trouxe um enfoque para além do campo biológico, indicando a saúde como produzida em diversos contextos, como o trabalho, o emprego, a moradia e o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1986).

Através dessas evoluções, o conceito de saúde passa a superar a conceituação biomédica, “uma vez que a saúde deixa de ser apenas ausência de doenças e passa a ser vista como uma fonte de vida” (OLIVEIRA, 2005, p.424). E com isso, os indivíduos passam a ser estimulados a terem autonomia para tomarem decisões sobre suas vidas em busca de uma melhor qualidade de vida.

### **3.2 Participação Popular em Saúde no Brasil:** reflexos do movimento da promoção da saúde

A participação da comunidade nas decisões e na execução de atividades em saúde e a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral são princípios do SUS (BRASIL, 1990) e têm relação direta com as vertentes do movimento da Promoção da Saúde. Ao analisarmos os pressupostos deste movimento observamos que a promoção da saúde pode ser entendida como uma estratégia importante para enfrentar os diversos problemas de saúde que afetam as populações humanas (BUSS,2000).

No Brasil, diversas formas de participação popular no campo da saúde vêm sendo experimentadas nos últimos anos. Dentre estas, destacam-se os Conselhos de Saúde que foram instalados a partir do começo dos anos 90 em todas as unidades federativas. Estes conselhos são espaços privilegiados de participação popular e atualmente há no país um grande número de pessoas que fazem parte deles, participando como representantes de um determinado grupo social ou apenas como ouvintes das reuniões e atividades. O porte de cada Conselho varia segundo o tamanho da população local, mas a regulamentação prevê, para todos eles, a mesma composição paritária: metade dos assentos corresponde a representantes da autoridade setorial, dos profissionais, dos prestadores públicos e privados e dos trabalhadores da saúde; a outra metade deve compreender representantes dos usuários dos serviços do SUS (LABRA; FIGUEIREDO, 2002).

Ainda no que diz respeito ao papel da participação da comunidade no projeto da Promoção da Saúde alguns autores salientam que esta participação age como meio de controle e conhecimento dos determinantes de saúde.

A promoção da saúde tem por objetivo assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios (capacitação) que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde. Os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer

escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos capacitantes (BUSS, 2000, p.170).

Com o objetivo inicial de estimular a participação da comunidade nas questões referentes à saúde, o enfoque dos Conselhos de Saúde é buscar soluções e formas para que sejam atendidas as necessidades de saúde dos cidadãos, de forma democrática. O que muitos autores ainda questionam é o pressuposto da abordagem democrática no funcionamento dos Conselhos de Saúde. Van Stralen (2006) cita em seu artigo que a instituição dos Conselhos de Saúde como órgãos de controle social e gestão participativa é fruto da mobilização de profissionais de saúde e de setores da sociedade civil, porém, na maioria dos municípios, a implantação destes Conselhos resultou de uma política de indução do Ministério da Saúde, condicionando o repasse de recursos federais à criação do Conselho Municipal de Saúde.

Este processo resultou em Conselhos muito heterogêneos, ou seja, há Conselhos que podem ser considerados apenas “cartoriais” e há os Conselhos que efetivamente fiscalizam os gestores do SUS. As dificuldades para o exercício da democracia no âmbito dos Conselhos de Saúde já foram evidenciadas em pesquisas. No estudo realizado por Drachler *et. al* (2003), os dados mostraram que há grandes desigualdades de poder entre os membros dos Conselhos de Saúde.

A heterogeneidade dos Conselhos e a participação ativa dos membros nas reuniões são decisivas para que as necessidades da comunidade sejam alcançadas. Em pesquisa realizada Van Stralen (2006) o autor afirma que os Conselhos têm como contrapartida um processo de institucionalização que restringe a participação direta de cidadãos, tornando seletivo o acesso a eles. Assim, ao mesmo tempo em que incluem novos sujeitos sociais, excluem setores não organizados ou organizados, mas sem vínculo com atores estatais.

Com isso, os Conselhos se afastam do seu projeto inicial, que seria o de se tornar um espaço de negociação e discussão entre grupos de interesse, com a promessa de tornar as políticas de saúde mais responsivas aos interesses dos usuários (VAN STRALEN, 2006).

Ao não atingir amplamente a participação da comunidade, torna-se questionável o papel dos Conselhos de Saúde na promoção da autonomia dos sujeitos nas questões relativas à saúde, uma vez que para o exercício desta autonomia é necessário que exista participação ampla desses cidadãos nos mais diversos seguimentos e setores que articulam questões referentes à saúde no seu sentido ampliado.

O “empowerment comunitário” suscita a elaboração de estratégias que procurem promover a participação visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, a eficácia política, uma maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida. Espera-se como resultado, o aumento da capacidade dos indivíduos e coletivos para definirem, analisarem e atuarem sobre seus próprios problemas (CARVALHO, 2004, p. 676).

*Empowerment* significa o aumento do poder e autonomia de indivíduos e grupos sociais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social. Além disso, é o processo que alguém confere ou propicia o exercício do poder a outro indivíduo (BECKER, 2004).

Com isso, salienta-se a idéia de que para que haja sucesso nas ações de saúde que envolvem participação comunitária, embasadas nos pressupostos da promoção da saúde, deve-se levar em conta fatores que são determinantes para que isso ocorra. Esses fatores estão associados à produção de sujeitos autônomos e responsáveis, garantia de acesso à bens e serviços de saúde de qualidade e à democratização do poder político (CARVALHO, 2004). Além disso, também é importante que todos os setores que estão envolvidos com a participação comunitária tenham articulação nas idéias e propostas.

Nesse sentido, o empoderamento dos sujeitos e a promoção da autonomia desses indivíduos e coletivos podem resultar em saúde na medida em que eles conseguem identificar suas necessidades de forma responsável. De acordo com Cecílio (2001) as necessidades de saúde estão ligadas aos graus crescentes de autonomia das pessoas na forma de conduzir a vida, sendo que isto vai além da informação e da educação. Além disso, as necessidades de saúde são também histórica e socialmente determinadas, bem como referidas a uma sociedade (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001).

Como afirmam Schraiber *et.al* (1999, p. 232) “as necessidades de saúde expressam múltiplas dimensões - social, psicológica, biológica e cultural”. Considerando a complexidade que resulta da articulação destas dimensões os autores sugerem que é importante a interação e uma boa comunicação entre os membros das equipes de saúde, os serviços e os usuários, a fim de que todos consigam atingir seus objetivos e obtenham bons resultados. Ainda para estes autores, essa interação “permite a construção de um projeto assistencial comum à equipe de trabalho - onde e como chegar no que se refere às necessidades de saúde dos usuários” (SCHRAIBER *et.al* 1999, p. 232).

Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que a atenção básica deve buscar, em todas as suas modalidades de operação, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços. Estas idéias corroboram o argumento de que a promoção da saúde exige articulações entre os diversos espaços e serviços onde se produz saúde, o que inclui a participação comunitária.

Estimulados por todo este clima de demandas por participação popular nas decisões governamentais, o governo municipal de Porto Alegre e muitos outros governos locais no Brasil têm investido no desenvolvimento de mecanismos e estratégias de participação da população que vão desde a criação de conselhos comunitários até o chamado orçamento participativo (OP) (SOUZA, 2001).

### **3.3 Orçamento Participativo como Estratégia de Participação Popular**

De acordo com Souza (2004), a Constituição de 1988 foi pródiga na criação de mecanismos de participação das comunidades locais em alguns fóruns decisórios e no controle dos resultados de certas políticas públicas locais, buscando, ao mesmo tempo, empoderar segmentos da comunidade. A autora ainda afirma que como resultado, muitos governos locais estão implementando ou consolidando várias experiências participativas, que vão desde conselhos

municipais setoriais voltados para a decisão, participação na gestão e fiscalização de políticas sociais e de pequenas obras públicas, até a incorporação de segmentos sociais marginalizados do processo decisório na alocação de parcela dos recursos orçamentários locais, através do que ficou conhecido como Orçamento Participativo – OP (SOUZA, 2004).

A cidade de Porto Alegre no Rio Grande do Sul foi a pioneira na implantação do Orçamento Participativo e serviu como exemplo para outras cidades do mundo. De acordo com Fedozzi (2001), embora a criação do OP tenha sido viabilizada pela administração municipal a partir de 1989, é importante ressaltar que a origem histórica do OP, é decorrente da prática social e da cultura política dos diversos atores locais que, desde meados da década de 70, atuavam na esfera pública local, tais como os movimentos associativos das comunidades, as ONGs e os partidos políticos. O mesmo autor ainda ressalta que ao completar 12 anos de existência, tudo indica que o OP esteja cumprindo um importante papel para a promoção da cidadania no Brasil. Em função disso, ele vem sendo adotado por um número cada vez maior de municípios. Essa inovação, no âmbito do paradigma participativo de gestão pública, vem proporcionando a inclusão social no que diz respeito ao processo de decisão dos investimentos públicos.

O OP é operacionalizado através de reuniões em que são relatadas as necessidades e prioridades da população. O OP pode ser considerado como uma nova forma de gestão pública. Ele se baseia na organização democrática da participação popular. Um de seus objetivos é que se obtenha eficácia no uso de recursos públicos. Além disso, ele pode assegurar o controle social de receitas e despesas, a partir de decisões com base em discussão pública sobre prioridades. Para Rennó (2006) o OP pode ser visto como um espaço para a deliberação sobre temas locais, já que visa destinar os recursos do orçamento para investimento na localidade de moradia do cidadão.

Para que haja uma participação popular de forma clara e objetiva, é necessário que os participantes do OP saibam muito sobre como funciona o orçamento municipal, tendo em vista que toda reunião do OP começa com uma

prestação de contas e uma explicação feita pelo representante da prefeitura sobre o orçamento (RENNÓ, 2006).

O OP busca promover mudanças no âmbito social através da participação efetiva da comunidade, visando a busca pela autonomia e pelo empoderamento social. O empoderamento de comunidades, para que elas sejam protagonistas de suas próprias histórias, é um termo que atualmente é considerado comum no campo das políticas públicas. É interessante destacar que o significado da palavra empoderamento não tem um caráter universal. Dessa forma, tanto poderá estar se referindo ao processo de mobilizações e práticas destinadas a promover e impulsionar grupos e comunidades no sentido de seu crescimento; como poderá se referir a ações destinadas a promover integração dos excluídos, carentes de bens elementares à sobrevivência, serviços públicos, atenção pessoal etc., em sistemas precários, que não contribuem para organizá-los (GONH, 2005).

Em decisões de OP, os grupos são divididos conforme os interesses que são divididos em Conselhos de Saúde ou seja, os grupos dividem-se de acordo com a geografia da cidade e também são representados por entidades atuantes na sociedade. Os conselhos implicam a participação de grupos sociais organizados, como sindicatos, associações de moradores, igrejas, junto a representantes diretos do executivo, como secretários de saúde e técnicos graduados. Esta participação atende a uma normatização pelo Estado, que define seus contornos, escopo de decisões, participantes entre outros (RIBEIRO, 1997).

Apesar da importância da promoção do exercício da autonomia de indivíduos e grupos, que vem sendo posta em prática através da criação de conselhos comunitários e do OP, o investimento numa sociedade democrática precisa continuar a ser estimulado. Como ressalta Colin (2002), a participação democrática é um processo em construção, e deve, necessariamente, vir acompanhada de experiências vivenciadas através das diversas arenas e dos instrumentos de participação política.

## 4 METODOLOGIA

Neste capítulo será apresentado o caminho metodológico, percorrido no processo de pesquisa, o qual foi definido em função dos interesses deste estudo.

### 4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória, desenvolvida através de análise documental. Como refere Trivinõs (1987, p. 109),

Os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema. O pesquisador parte de uma hipótese e aprofunda seu estudo nos limites de uma realidade específica, buscando antecedentes, maior conhecimentos para, em seguida planejar uma pesquisa descritiva ou de tipo experimental. Outras vezes, deseja delimitar ou manejar com maior segurança uma teoria cujo enunciado resulta demasiado amplo para os objetivos da pesquisa que se tem em mente realizar.

A pesquisa documental se caracteriza por utilizar como fonte de coleta de dados determinados documentos de interesse da pesquisa, constituindo o que se denomina de fontes primárias ou secundárias. Estas podem ser recolhidas no momento em que o fato, ou fenômeno ocorre, ou depois (MARCONI, 1999). Para Lüdke e André (1986, p. 39),

os documentos constituem também uma fonte poderosa de onde podem ser retiradas evidências que fundamentam afirmações e declarações do pesquisador. Representam ainda uma fonte “natural” de informação. Não são apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse contexto.



Nessa pesquisa foram utilizadas fontes secundárias, que têm como característica o fato de não terem sido registradas pelo autor da pesquisa, no momento em que os dados estavam sendo gerados.

## **4.2 Campo de Estudo**

O campo escolhido para o desenvolvimento deste estudo foi Temática da Saúde e Assistência Social do OP do município de Porto Alegre (RS).

## **4.3 Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada na sede do OP de POA, através de uma pesquisa no Livro de Atas das reuniões da TSAS realizadas durante o ano de 2006. No livro foram encontradas um total de vinte e duas atas correspondentes a este período, cada uma, em média, com 4 folhas.

Para a coleta dos dados foram realizados os seguintes passos: (a) leitura de cada ata separadamente; (b) criação de arquivos de computador no programa Microsoft Word para a organização das atas com o registro das datas de cada uma; (c) identificação das necessidades de saúde e registro nos arquivos correspondentes às datas.

O referencial teórico sobre o conceito ampliado de saúde, realizado anteriormente à coleta de dados, subsidiou a identificação das necessidades.

A busca das atas indicou a não existência de uma periodicidade na realização das reuniões da TSAS no primeiro semestre de 2006. Nesse período foram registradas atas de apenas três reuniões. Segundo a coordenadora da TSAS esse número reduzido de atas no primeiro semestre, provavelmente aconteceu em função de dois motivos: em algumas reuniões as atas podem não

ter sido lavradas e houve durante esse tempo um período de recesso dessas reuniões.

Nos registros constavam uma reunião no mês de março, duas no mês de junho, duas no mês de julho, três no mês de agosto, uma no mês de setembro, três no mês de outubro, três no mês de novembro e duas no mês de dezembro. Além destas dezessete reuniões registradas em ata, onde constava a data em que estas foram realizadas, foram encontradas no livro cinco atas de reuniões sem a especificação de datas. Essas cinco atas aparecem no livro na seqüência de registros das reuniões que aconteceram no segundo semestre, o que indica que, provavelmente, elas também aconteceram neste período.

As atas foram redigidas manualmente, com exceção de uma que foi digitada e, incluída no Livro de Atas. Em função disso, houve uma grande dificuldade para a coleta de dados, pois em diversos fragmentos do texto a escrita era ilegível. Com isto, alguns dados podem ter sido perdidos durante a coleta.

O número de participantes em cada reunião não constava nos registros das atas, visto que eram registrados apenas os nomes dos membros que se pronunciavam nas reuniões.

Outro fator que dificultou a coleta dos dados foi a forma como eram feitos os registros das falas dos participantes das reuniões. Estes registros eram feitos, no geral, de maneira solta e aleatória. Algumas frases não se conectavam às outras e, em diversos momentos, alguns assuntos eram apenas citados sem que houvesse continuidade no que estava sendo falado.

#### **4.4 Análise dos Dados**

Os dados foram analisados a partir da categorização descritiva proposta por Lüdke e André (1986). Como sugerido pelas autoras, primeiramente foi feita uma revisão de literatura com temas relativos ao estudo em questão. Essa revisão contribuiu para a realização da análise dos dados.

Com o objetivo de formular as categorias iniciais, os dados foram relidos inúmeras vezes até que se chegou a uma espécie de “saturação” do conteúdo. Essas sucessivas leituras possibilitaram a categorização dos dados de acordo com os elementos que apareceram com maior frequência. Para a organização das categorias foram criadas novos arquivos de computador no programa Microsoft Word onde eram registradas os dados que correspondiam a cada uma delas.

Ao longo do processo analítico buscou-se superar a simples descrição e acrescentar algo à discussão já existente, realizando conexões com o conceito ampliado de saúde e relações que possibilitassem explicações e interpretações (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

#### **4.5 Aspectos Éticos**

Trata-se de uma pesquisa documental, portanto que não envolve seres humanos. Porém, em função de exigências da Prefeitura Municipal de Porto Alegre para a realização de qualquer tipo de pesquisa desenvolvido em serviços municipais, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA), após ter sido aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem (EENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Levando em consideração que a pesquisa teve como campo a Temática da Saúde e Assistência Social do OP do município de Porto Alegre, a coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP da SMS da PMPA .

## 5 COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A partir dos relatos registrados nas atas das reuniões da TSAS do OP, emergiram quatro categorias de necessidades de saúde, que no processo de análise foram assim denominadas:

- Saúde da criança, do adolescente e do adulto jovem;
- Saúde sexual e reprodutiva;
- Acessibilidade aos serviços de saúde;
- Capacitação de profissionais e lideranças comunitárias para o trabalho em saúde.

Para facilitar a visualização dos dados referentes às necessidades de saúde relatadas nas reuniões do OP, estas estarão dispostas em quadros. A ordem em que aparecem os dados listados nos quadros não obedece, necessariamente, a ordem em que apareceram nas atas. Ela foi desenvolvida apenas para fins de organização e análise dos dados.

### 5.1 Saúde da Criança, do Adolescente e do Adulto Jovem

Esta categoria apresenta as necessidades de saúde referentes à saúde da criança e do adolescente e do adulto jovem. No quadro abaixo estão listadas as necessidades identificadas.

<b>Necessidades de Saúde da Criança, Adolescente e Adulto Jovem</b>
• Criação de creches e casas lares
• Resgate da auto-estima da juventude
• Prevenção de homicídios

• Prevenção da violência sexual e exploração de adolescentes
• Prevenção de acidentes de trânsito
• Prevenção da gravidez na adolescência
• Prevenção do uso de drogas
• Promoção do sexo seguro entre jovens

QUADRO 1 - Necessidades de Saúde da Criança, Adolescente e Adulto Jovem

No que diz respeito à criação de creches e casas lares, percebe-se uma preocupação, por partes dos membros da TSAS, com o desenvolvimento e formação inicial de crianças e adolescentes. Tanto as casas lares como as creches tendem a oferecer atenção às crianças e adolescentes e objetivam o bem-estar e inclusão social dos mesmos. As casas lares são como lares substitutos, com uma dinâmica bem próxima a de um contexto familiar, desenvolvendo atividades de reinserção social e de resgate da cidadania. Como refere Veríssimo (2003, p. 35),

as creches têm como finalidade o atendimento em educação infantil, contemplando as necessidades de desenvolvimento intelectual e o acesso ao saber, bem como o direito à socialização, às vivências infantis e aos cuidados assistenciais específicos e necessários.

A demanda das comunidades representadas nas reuniões da TSAS do OP pela criação e apoio às creches é provavelmente resultado não só de uma preocupação com o cuidado às crianças, mas, também, com o atendimento das necessidades das mulheres que precisam trabalhar fora. Apesar da inserção do trabalho feminino no mercado ser cada dia maior e mais necessária, o cuidado com os filhos continua sendo responsabilidade das mulheres e muitas mães deixam de buscar empregos por não terem com quem deixar seus filhos. Assim, a demanda por creches também deve ter relação com necessidades de saúde das mulheres.

Na imensa maioria das vezes, as mulheres são as principais responsáveis pelo cuidado com a casa e com os filhos. Principalmente nas camadas populares este fato torna-se um

complicador na busca por emprego, pois não há a quem delegar estas tarefas. Geralmente o número de creches da rede pública é insuficiente para atender toda a demanda (DIOGO; COUTINHO, 2006, p.132).

Nos trechos das atas onde havia referência a demandas por programas para o resgate da auto-estima da juventude, a idéia parecia ser o desenvolvimento de programas com o intuito de atrair jovens e estimulá-los à inclusão social. Esses programas, em geral, são desenvolvidos com jovens da periferia que possivelmente têm maiores riscos de se envolverem com a criminalidade e com o uso de drogas. Estas atividades, para recuperação da auto-estima, estimulam a livre expressão através da música, da dança, dos esportes, do teatro etc.

Programas como estes podem ser considerados como estratégias de promoção da saúde desses jovens. Além disso, podem gerar multiplicadores, ou seja, na medida em que esses jovens e adolescentes vão se conscientizando dos prejuízos causados pelo uso de drogas e pela criminalidade, eles podem contribuir para que outros tenham acesso a essas informações. Como indica a literatura, estas iniciativas podem ter bons resultados.

O consumo e a dependência de substâncias psicotrópicas, por adolescentes, podem ser evitados mesmo em ambientes caracterizados pela abundância de fatores de risco, como observado em favelas e arredores, onde o tráfico "dita as regras" de acordo com as suas necessidades (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2004, p.53).

A preocupação com a saúde dos jovens também é revelada nas atas através da demanda por programas que objetivem a prevenção de situações de violência, como é o caso da preocupação com a ocorrência de homicídios, de acidentes de trânsito e de situações de abuso sexual e exploração de adolescentes. Esta preocupação é evidente não só no município de Porto Alegre, como foi relatado pelos membros da TSAS, mas também no contexto social brasileiro onde é notável a vulnerabilidade de jovens pobres a situações que colocam em risco e prejudicam a qualidade de vida dos mesmos. No Brasil,

as principais vítimas dos agravos violentos são os jovens mais pobres, com baixa ou nenhuma escolaridade e qualificação

profissional, provenientes de famílias constituídas por mulheres chefes de família, com baixa renda, de cor negra ou parda e residentes nas periferias das grandes áreas urbanas (SOUZA, 2005, p.65).

Ainda nesta categoria, aparecem as necessidades de saúde referentes à prevenção da gravidez na adolescência. A adolescência caracteriza-se por uma série de questões, dentre elas estão: a busca por uma identidade que possibilite a passagem da fase infantil para a adulta, a explosão de novas sensações corporais, a afirmação da escolha sexual, a escolha profissional, etc. A gravidez precoce pode ser algo que desestabilize esses indivíduos, pois muitas vezes esses adolescentes não estão preparados para assumir a paternidade e a maternidade (SABROZA *et al.* 2004). De acordo com os registros das atas, os casos de gravidez na adolescência em POA preocupam os membros da TSAS e fazem com que eles pensem em estratégias que venham prevenir estes casos. Esta preocupação não parece ser somente desses membros, pois para muitos autores, a gravidez na adolescência tem sido apontada como um "problema social" (BRANDÃO; HEILBORN, 2006). Neste caso, a realização de oficinas foi lembrada como estratégia educativa em saúde para adolescentes. Oficinas como essas podem ajudar esses adolescentes a conhecer as conseqüências de uma gravidez que muitas vezes pode não ser desejada e, estimulam a participação destes, gerando troca de experiências e construção de conhecimentos.

Uma outra necessidade de saúde citada nas atas foi a de promoção do sexo seguro entre jovens. Ainda que ambas as necessidades não tenham sido citadas numa mesma reunião, elas estão conectadas, pois são referentes às questões da sexualidade de adultos jovens e adolescentes. Também foi sugerido nas atas que, além da realização de oficinas, fossem elaborados materiais informativos que auxiliassem nos programas propostos. Como afirmam Antunes *et al.*(2002), as oficinas além de serem bem recebidas como abordagem educativa, são importantes estratégias para a promoção da saúde sexual dos jovens.

## 5.2 Saúde Sexual e Reprodutiva

Nesta categoria, foram destacadas as necessidades referentes à saúde sexual e reprodutiva, as quais estão listadas no quadro a seguir:

<b>Necessidades de Saúde Sexual e Reprodutiva</b>
• Geração de renda para mulheres pobres
• Planejamento familiar
• Aumento da oferta de contraceptivos nos postos de saúde
• Controle de natalidade

QUADRO 2 – Necessidades de Saúde Sexual e Reprodutiva

Na análise das atas observou-se uma particular preocupação das comunidades e entidades representadas nas reuniões da TSAS com a saúde das mulheres, ênfase que também está presente em outros contextos. A preocupação com a saúde das mulheres está provavelmente associada à importância conferida às mulheres no papel de mães. O próprio sistema de saúde legitima esta especial importância da saúde das mulheres no âmbito da saúde pública, constituindo programas e políticas específicas voltados às mulheres, a maioria deles com foco na saúde sexual e reprodutiva.

A análise das necessidades de saúde registradas nas atas da TSAS também permite perceber uma preocupação com a promoção da autonomia feminina, ainda que essa preocupação pareça estar nas entrelinhas, pois não haviam relatos que falassem isto claramente.

A análise dos dados registrados nas atas sugere que, para os membros da TSAS, o controle da natalidade transcende o simples aumento da oferta de contraceptivos em postos de saúde ou a esterilização de mulheres. As sugestões que apareceram nas atas tinham um caráter bem mais educativo, no sentido de que essas mulheres pudessem participar e desenvolver suas escolhas, do que um



caráter normativo que impusesse para essas pessoas o controle do número de filhos.

Associadas a essas necessidades, apareceram as sugestões de criação de oficinas e grupos que tivessem por objetivo o controle da natalidade. Essas abordagens educativas tendem a desenvolver a consciência crítica dos indivíduos, além disso as oficinas podem desencadear “processos internos de revisão de valores e condutas” (JEOLAS; FERRARI, 2003). As oficinas não se constituem em atividades meramente informativas, pois estimulam a participação dos indivíduos e fazem com que os mesmos possam contribuir com suas experiências e articulem entre si propostas que possam contribuir para o alcance de seus objetivos como nesse caso, que seria o controle da natalidade.

Foram sugeridas também, a criação de oficinas que objetivassem o planejamento familiar juntamente como oficinas de geração de renda para mulheres pobres, o que sugere uma preocupação com os programas que devam ser prestadas às mulheres. É possível perceber que, para os membros da TSAS, o planejamento familiar, assim como o controle da natalidade, não deve ser apenas uma atividade que transmita informações com o objetivo de controlar o número de filhos.

A demanda por oficinas de geração de renda indica, também, uma preocupação com as condições de vida das mulheres e foram incluídas nesta categoria porque estimulam a autonomia feminina. Historicamente são atribuídas às mulheres as funções domésticas de cuidado do lar e cuidado dos filhos. A partir do momento em que essas mulheres assumem outras funções, ao serem introduzidas no mercado de trabalho, gerando renda e participando nas questões relativas ao orçamento familiar, a soma dessas funções pode resultar em “autonomia em suas decisões relativas à delimitação do número de filhos” e podem propiciar relações mais igualitárias ou “menos assimétricas”, entre os casais (MOREIRA; ARAÚJO, 2004, p.392). A possibilidade de trabalhar e ter o seu próprio salário, é oportunidade de produção de alternativas que podem melhorar a qualidade de vida e bem estar das mulheres. As demandas e necessidades de saúde sexual e reprodutiva relatadas nas reuniões do OP sugerem a necessidade

de mudanças nas condições de vida da população, em geral, e das mulheres, em especial. No caso das mulheres, a implantação de oficinas para geração de renda, oficinas de planejamento familiar, aumento da oferta de contraceptivos em postos de saúde e programas para o controle da natalidade, pode promover a autonomia feminina para escolher quando e quantos filhos ter e, conseqüentemente, resultar em saúde.

Estas atividades podem estimular as mulheres a refletir sobre suas necessidades, buscando estratégias para que essas necessidades e desejos de mudança sejam de alguma forma contemplados. Atividades como estas podem oferecer às mulheres um maior poder de decisão sobre suas vidas, considerando o contexto social em que estão inseridas.

### **5.3 Acessibilidade aos Serviços de Saúde**

Esta categoria apresenta as necessidades de saúde referentes à acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde. É interessante destacar que acessibilidade e acesso aos serviços de saúde são dois termos que se diferenciam. De acordo com Starfield (2002) acessibilidade refere-se a características da oferta e o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Como refere Unglert (1990, p.445),

acessibilidade deve ser garantida do ponto de vista: geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população.

No quadro ilustrativo a seguir, estão listadas as necessidades referentes à acessibilidade dos cidadãos aos serviços de saúde.

<b>Necessidade de Acessibilidade aos Serviços de Saúde</b>
• Aumento de profissionais na Saúde Bucal – urgência e emergência
• Compra de vagas para a psiquiatria infantil
• Falta de medicamentos
• Aumento de leitos para dependentes químicos
• Reformas de centros de saúde
• Aumento de leitos no Hospital de Pronto Socorro
• Aumento no número de consultas médicas
• Criação de laboratórios de análises clínicas
• Nova sede para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

QUADRO 3 – Necessidades de Acessibilidade aos Serviços de Saúde

Considerando a acessibilidade como uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e as demandas da população, é possível observar, através das necessidades destacadas, que segundo os participantes das reuniões da TSAS, os serviços de saúde de Porto Alegre não têm atendido satisfatoriamente estas demandas.

As necessidades referentes à acessibilidade foram diversificadas. Observou-se nos registros que, além das necessidades de oferta de maior leitos nos hospitais, os membros da TSAS referiam que era necessário a reforma e construção de centros de saúde, ou seja, além de demandas pelo aumento de uma capacidade já instalada de atendimento das necessidades de saúde população, através do aumento da oferta de leitos em hospitais, também ficaram registradas nas reuniões o desejo das comunidades de uma ampliação da rede de serviços de atenção básica.

As necessidades de saúde referidas pelos membros da TSAS, referentes à acessibilidade, aparentemente têm bem mais a ver com a promoção da saúde dos indivíduos do que com o simples tratamento curativo ou medicalizado. É possível chegar a essa conclusão quando percebe-se que cada uma dessas necessidades, no geral, têm ligação com as demais necessidades classificadas nas duas categorias anteriores. Por exemplo, o aumento do número de leitos na psiquiatria

infantil, pode estar relacionado ao fato da prevalência do surgimento do grande número de crianças e adolescentes vítimas de violência e maus-tratos. Além disso, o consumo de drogas na infância pode também ser um dos fatores que justificam essa necessidade.

As necessidades de saúde que se referem à demanda por um aumento do número de medicamentos em postos de saúde, aumento no número de consultas médicas e criação de laboratórios de análises clínicas podem ser caracterizadas como necessidades que proporcionarão qualidade de vida e saúde a curto prazo à comunidade. Com isso é possível observar que, de acordo com os registros dos membros da TSAS, os serviços de saúde de POA podem não estar dando conta das demandas. Assim, investimentos a curto prazo possibilitariam gerar ações que beneficiassem mais rapidamente os que já se encontram com os problemas de saúde

Estas necessidades a curto prazo vêm ao encontro de outras que podem ser caracterizadas como necessidades que proporcionarão qualidade de vida a longo prazo, como por exemplo a ampliação da rede de atenção básica de saúde. Através dessa ampliação, é possível perceber que a intenção dos membros da TSAS pode ser de que futuramente a população do município consiga viver melhor. E que as atividades voltadas para a saúde sejam de caráter 'promotor', no sentido da promoção de mudanças nas condições de vida da população. Neste caso a qualidade de vida pode resultar muito mais de ações de caráter 'promotor' de saúde do que curativo e com foco na doença.

Neste sentido, os registros feitos nas atas sugerem que o conjunto de necessidades de saúde percebidas pela população e relatadas no OP retratam uma preocupação com a saúde nos seus diversos níveis (atenção primária, atenção secundária e terciária), o que indica um entendimento ampliado de saúde, ou seja, para além de ausência de doença.

#### 5.4 Capacitação de Profissionais e Lideranças Comunitárias para o Trabalho em Saúde

Nessa categoria serão apresentadas as necessidades referentes à capacitação de profissionais e lideranças comunitárias. Estas necessidades estavam ligadas à capacitação de profissionais, agentes comunitários e dos próprios membros da TSAS.

No quadro ilustrativo a seguir estão listadas as necessidades referentes à capacitação, que apareceram nas atas da TSAS.

<b>Necessidades de Capacitação de Profissionais e Lideranças Comunitárias</b>
• Capacitar educadores para o trabalho na rede básica de saúde infantil
• Capacitar líderes comunitários
• Capacitar os conselheiros da temática na Escola de Saúde Pública

QUADRO 4 – Necessidades de Capacitação de Profissionais e Lideranças Comunitárias

Tanto a percepção da necessidade de capacitação de educadores para o trabalho na rede básica de saúde infantil como também, a de capacitar líderes comunitários refletem uma preocupação, por parte dos membros da TSAS, com o modo que esses indivíduos estão se colocando frente às questões relativas à saúde da população.

A necessidade de capacitar educadores para o trabalho na rede básica em saúde infantil vem ao encontro das necessidades relatadas anteriormente. Isto sugere que, para os membros do TSAS, é importante que esses educadores estejam qualificados para lidar com os diversos problemas que vêm atingindo crianças e adolescentes na cidade de Porto Alegre. É possível observar que para esses membros, a atualização desses educadores através do processo de capacitação, pode estar intimamente ligada ao resultado positivo que eles buscam através da solicitação de programas que ajudem essas crianças e adolescentes a viver melhor.

A partir dessas considerações, é possível sugerir que talvez a educação em saúde que está sendo realizada atualmente para as crianças e adolescentes no município, não esteja, na visão dos representantes da população que participam da TSAS do OP, contemplando todas as demandas já existentes.

Os líderes comunitários tem o papel de interagir diretamente com as comunidades em que estão inseridos e agirem como multiplicadores de saberes. A preocupação dos membros do TSAS em capacitar esses líderes pode estar ligada à idéia de que o saber em saúde não é exclusivo dos profissionais. Através da ação desses líderes capacitados, o conhecimento acerca da saúde poderia circular nas comunidades sendo assim, levado a toda a população. Além disso, os líderes comunitários tem a função de identificar dentro das suas comunidades as principais necessidades dos indivíduos. Eles também facilitam a comunicação entre a população e os serviços de saúde. Ao receberem capacitação, esses líderes poderão contribuir de forma mais eficiente para que as necessidades sejam ouvidas e contempladas.

Nesta mesma categoria aparecem solicitações de capacitação para os membros da TSAS na Escola de Saúde Pública. É possível notar a partir dessa solicitação que os próprios membros têm uma visão de que é necessário atualização e conhecimento para que eles mesmos possam vir a atuar como representantes da comunidade em que se inserem . De acordo com o que foi apresentado na Carta de Ottawa, a capacitação é uma das estratégias fundamentais da promoção da saúde (BRASIL, 2002).

A promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e **proporcionar os meios (capacitação)** que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde. Os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos capacitantes.(BUSS, 2000 p. 170, destaque do autor).

A necessidade de capacitação vem ao encontro do conceito ampliado de saúde, pois indivíduos capacitados poderão ter uma maior autonomia e visão

sobre os seus determinantes de saúde. Através disso poderão traçar estratégias que visem melhorias na qualidade de vida e, conseqüentemente na saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou conhecer as necessidades de saúde relatadas pelos membros da TSAS do OP de Porto Alegre, analisando-as a partir do referencial da promoção da saúde. A análise permite concluir que, para os membros da TSAS, a saúde não está apenas vinculada à ausência de doenças e que, portanto, as necessidades de saúde precisam ser vistas para além da prevenção e tratamento de processos de adoecimento.

Durante o processo de análise foi possível perceber que as necessidades de saúde que ficaram registradas nas atas da TSAS do OP transcendiam aos aspectos essencialmente fisiológicos e biológicos da saúde. Elas estavam relacionadas a todo um conjunto de elementos ambientais, sociais e culturais que compõem as experiências de vida das pessoas e que, se estiverem em condições de equilíbrio podem resultar em qualidade de vida.

Foi possível perceber que mesmo sendo representantes de comunidades e de entidades e não tendo um conhecimento profissional e científico acerca da saúde, essas pessoas conseguem articular suas necessidades num contexto ampliado, estabelecendo critérios que são visivelmente caracterizados como elementos de um conceito ampliado de saúde. As necessidades de saúde registradas nas atas estão relacionadas com lazer, educação, trabalho, auto-estima, etc.

No decorrer do estudo, também foi possível perceber nos registros das atas que, para que essas necessidades possam ser atendidas seria imprescindível uma melhor articulação da TSAS do OP com os demais setores que representam a saúde na cidade de Porto Alegre. Nas atas há registros de queixas dos membros da TSAS por não conseguirem uma comunicação adequada com os representantes do Conselho Municipal de Saúde e com a Secretaria Municipal de Saúde. Este problema de comunicação pode ser considerado como um fator que dificulta o atendimento das necessidades de saúde percebidas pela população,



visto que para que existam resultados positivos do controle social é imprescindível que haja uma interação entre os diversos setores da sociedade.

O estudo sugere que a população reconhece como saúde tudo aquilo que se relaciona com qualidade de vida e bem-estar e que ausência de doença é apenas um dos elementos desta qualidade de vida. A complexidade da saúde e do conjunto de determinantes que a constituem fica exemplificada nas demandas de saúde registradas nas atas da TSAS do OP. Isto sugere que a população (assim como o movimento da Promoção da Saúde ao propor as suas bases conceituais) concebe saúde de uma forma ampliada, para além de ausência de doenças. Fatores como a inclusão social através do trabalho e a acessibilidade aos serviços de saúde, por exemplo, ilustram como as demandas de saúde da população extrapolam o campo da prevenção de doenças.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, M. C. *et. al.* Differences in AIDS prevention among young men and women of public schools in Brazil. **Revista de Saúde Pública** , São Paulo, v. 36, n. 4, 2002 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000500013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 de novembro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[www.saude.gov.br/bvs/conf-tratados.html](http://www.saude.gov.br/bvs/conf-tratados.html)>. Acesso em: 12 de setembro de 2007.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04\\_lei\\_8080.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04_lei_8080.pdf)>. Acesso em: 20 de maio de 2007.

\_\_\_\_\_. **VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986**. Anais. Brasília, DF, 1986. Disponível em: < [bvsms.saude.gov.br/html/pt/colecoes/conferencias.html](http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/colecoes/conferencias.html) > . Acesso em 15 de outubro de 2007.

BECKER, D. *et. al.* Empowerment and participatory evaluation: lessons from a territorial health promotion program. **Ciência e Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2004 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 de novembro 2007.

BRANDAO, E.; HEILBORN, M. L.. Middle-class teenage sexuality and pregnancy in. Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, 2006 . Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000700007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000700007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 de setembro de 2007.

BUSS, P. M.. Health promotion and quality of life. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 5, no. 1, pp. 163-177, 2000. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 de setembro de 2007

\_\_\_\_\_. P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.15-38.

CARVALHO, S. R.. Health promotion contradictions regarding the issues of the subject and the social change. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 9, no. 3 , pp. 669-678, 2004. Disponível em:

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 de novembro de 2007.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M.. A four-way approach to training in the health field: teaching, management, care, and social control. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 de maio de 2007.

CECÍLIO L.C.O.. As necessidades de saúde como conceito estruturalmente na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: Pinheiro R, Mattos R. A. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001.p.113-26.

COLIN, Denise Ratmann Arruda. A diversidade de espaços públicos num cenário democrático. **Revista de Sociologia e Política**. , Curitiba, n. 18, 2002 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-44782002000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782002000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 de novembro de 2007.

DIOGO, M. F.; COUTINHO, M. C.. A dialética da inclusão/exclusão e o trabalho feminino. **Interações**. São Paulo, vol.11, no.21, p.121-142, jun. 2006.

DRACHLER, M. L. *et al* .. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000200011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de junho de 2007.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F.C.. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. *et al.* (Org). **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, 504p. p.59-81.

FEDOZZI, L.. Práticas Inovadoras de Gestão Urbana: o paradigma participativo. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**. Curitiba, n 100, p 93-107, janeiro/junho 2001. Disponível em: <[http://www.ipardes.gov.br/pdf/revista\\_PR/100/fedozzi.pdf](http://www.ipardes.gov.br/pdf/revista_PR/100/fedozzi.pdf)>. Acesso em: 30 de maio de 2007.

GOHN, M.G. **Movimentos sociais e educação**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2005.120 p.

JEOLAS, L. S.; FERRARI, R. A. P.. Workshops on prevention for adolescents in a health service unit: a space for reflection and shared knowledge. **Ciência e Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003 . Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000200021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 de setembro de 2007.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A.. Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos conselhos de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**., Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000300011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de junho de 2007.

LALONDE, M. **El concepto de “campo de la salud”**: una perspectiva canadiense. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Promoción de la Salud: una antología**. Washington: OPAS, 1996.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G.. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil. In: LIMA, N. T. *et al.* (Org). **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, 504p. p.27-58.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A.. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986, 99p.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M.. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1999. 260p.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C.. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2001000100025&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100025&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 de maio de 2007.

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. 300p.

MOREIRA, M. H. C.; ARAUJO, J. N. G.. Family planning: female autonomy or burden. **Psicologia em Estudo**. 2004, vol. 9, no. 3 pp. 389-398. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722004000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 de agosto de 2007.

OLIVEIRA, D. L.. A nova saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo v.13, n.3, p. 423-31, maio-junho, 2005.

PORTO ALEGRE, Orçamento Participativo. **Orçamento Participativo**. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/op/default.php?p\\_secao=1](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/op/default.php?p_secao=1) >Acesso em 14 de maio de 2007.

RENNÓ, L.. Os militantes são mais informados? Desigualdade e informação política nas eleições de 2002. **Opinião Pública**. Campinas, v. 12, n. 2, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-62762006000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762006000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 de maio de 2007.

RIBEIRO, J. M.. Health councils, intergovernmental commissions, and interest groups in the Unified Health System (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 1997. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1997000100018&lng=es&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000100018&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 02 de junho de 2007.

SABROZA, Adriane Reis et al . Some emotional repercussions of adolescent pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil (1999-2001). **Cadernos de Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v.20, supl.1, 2004 . Disponível em:

<[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000700014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 de setembro de 2007.

SANCHEZ, Z. V. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A.. Protective factors from adolescents against drug use emphasizing the role of religiosity. **Ciência e Saúde Coletiva** . Rio de Janeiro, vol. 9, no. 1, pp. 43-55, 2004. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 de setembro de 2007.

SCHRAIBER, L. B. *et al* . Health planning, management and evaluation: identifying problems. **Ciência e saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, pp. 221-242, 1999. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 Dec 2007.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P.R.. **Promoção da Saúde**: concepções, princípios e operacionalização. Interface – Comunicação, Saúde e Educação. São Paulo, v.7, n.12, p.101-122, 2003.

SOUZA, C.. Construção e consolidação de instituições democráticas: papel do orçamento participativo. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v. 15, n. 4, 2001.p. 84-97. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392001000400010&script=sci\\_arttext&lng=>](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392001000400010&script=sci_arttext&lng=>) Acesso em 15 de maio de 2007.

SOUZA, E. R.. Masculinity and violence in Brazil: contributes to reflection in health field. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 10, no. 1 , pp. 59-70, 2005. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 de novembro de 2007.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a "porta". In: Starfield B, (org.) **Atenção primária** — equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. p. 207-45.

TRIVIÑOS, A. N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

VAN STRALEN, C. J. *et al* . Health Councils: effectiveness of social control in municipalities of Goiás and Mato Grosso do Sul. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de

Janeiro, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 de maio de 2007.

VERISSIMO, M. De La Ó R.; FONSECA, R. M. G. S.. El cuidado del niño según trabajadoras de jardines infantiles. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2003, vol. 11, no. 1, pp. 28-35. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000100005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000100005&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em 12 de novembro de 2007.

ZANELLI, J. C.. Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas. **Estudos de Psicologia**. Natal, v. 7, n. spe, 2002. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2002000300009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2002000300009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 de maio de 2007.

UNGLERT, C. V. S. The importance of accessibility in the planning of localization and size of health services. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, vol. 24, no. 6 pp. 445-452, 1990. Disponível em :  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101990000600002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101990000600002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 de novembro de 2007.

## ANEXO A

### Listagem das Dezesete Regiões do OP de POA<sup>2</sup>

#### **Região 01 - HUMAITÁ/NAVEGANTES**

##### BAIRROS:

Anchieta - Farrapos - Humaitá - Navegantes - São Geraldo

#### **Região 02 - NOROESTE**

##### BAIRROS:

Boa Vista - Cristo Redentor - Higienópolis - Jardim Itú - Jardim Lindóia - Jardim São Pedro - Passo Dareia - Santa Maria Goretti - São João - São Sebastião - Vila Floresta - Vila Ipiranga

#### **Região 03 - LESTE**

##### BAIRROS:

Bom Jesus - Chácara das Pedras - Jardim Carvalho - Jardim do Salso - Jardim Sabará - Morro Santana - Três Figueiras - Vila Jardim

#### **Região 04 - LOMBA DO PINHEIRO**

##### BAIRROS:

Agronomia - Lomba do Pinheiro

#### **Região 05 - NORTE**

##### BAIRRO:

Sarandi

#### **Região 06 - NORDESTE**

##### BAIRRO:

Mário Quintana

#### **Região 07 - PARTENON**

##### BAIRROS:

Cel. Aparício Borges - Partenon  
- Santo Antônio - São José - Vila João Pessoa

#### **Região 08 - RESTINGA**

##### BAIRRO:

Restinga

---

<sup>2</sup> Fonte: Site do Orçamento Participativo de Porto Alegre - [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/op/default.php?p\\_secao=5](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/op/default.php?p_secao=5)



**Região 09 - GLÓRIA**

BAIRROS:

Belém Velho - Cascata – Glória

**Região 10 - CRUZEIRO**

BAIRROS:

Medianeira - Santa Tereza

**Região 11 - CRISTAL**

BAIRRO:

Cristal

**Região 12 - CENTRO-SUL**

BAIRROS:

Camaquã - Campo Novo - Cavalhada - Nonoai - Teresópolis - Vila Nova

**Região 13 - EXTREMO SUL**

BAIRROS:

Belém Novo - Chapéu do Sol - Lageado - Lami - Ponta Grossa

**Região 14 - EIXO-BALTAZAR**

BAIRROS:

Passo das Pedras - Rubem Berta

**Região 15 - SUL**

BAIRROS:

Espírito Santo - Guarujá - Hípica - Ipanema - Pedra Redonda - Serraria - Tristeza - Vila Assunção - Vila Conceição

**Região 16 - CENTRO**

BAIRROS:

Auxiliadora - Azenha - Bela Vista - Bom Fim - Centro - Cidade Baixa - Farroupilha - Floresta - Independência - Jardim Botânico - Menino Deus - Moinhos de Vento - Mont Serrat - Petrópolis - Praia de Belas - Rio Branco - Santa Cecília – Santana

**Região 17 - ILHAS**

BAIRROS:

Arquipélago (Ilha das Flores, da Pintada, do Pavão e Ilha Grande dos Marinheiros)

