



Boletim do Instituto de Saúde

nº 32 - Abril de 2004

ISSN 1809-7529

An abstract painting in a childlike style. It features a house with a purple roof, a pink square window with a white star, and a red square window above. To the right is a tree with a brown trunk and green foliage. The background is a mix of pink and yellow washes.

qualidade de vida



Qualidade de Vida

Sumário

Editorial	3
Qualidade de vida e avaliação de políticas públicas	4
Capital Social, Saúde e Qualidade de vida	5
Brincadeira infantil: um lugar de saúde	6
Pobres e pobreza. Por uma ética de afirmação da vida	8
Bem-estar subjetivo e suas alterações ao longo da vida	10
Qualidade da vida: uma contribuição das Políticas da Subjetividade Contemporânea	11
Cultura Corporal: busca desalienada por qualidade de vida	13
PROFAE – uma política pública para a qualidade de vida?	14
Municípios e Comunidades Saudáveis: guia dos prefeitos para promover qualidade de vida da Organização Pan-Americana da Saúde	15
Capela do Socorro Saudável: um desafio para as políticas públicas	16
Um olhar sobre a qualidade de vida de Francisco Morato	18
Percepção de gestores municipais sobre a implementação de agendas de qualidade de vida	20
Alimentação saudável e Escolas: possibilidades e incoerências	22
Educação preventiva integral: desafios para os gestores da saúde e educação	23
Uso de Antiretrovirais e Qualidade de Vida	24
Qualidade de vida e segurança alimentar e nutricional	25
Informações para o monitoramento da iniquidade em saúde	27
Produção Científica e Tecnológica e Qualidade de Vida	28
Observatório de Saúde: uma revisão sistemática	29
O Projeto Observatório de Qualidade de Vida de Santo André (OQVSA)	33
Cidade, cidadania e Qualidade de Vida	34
Indicadores para o diálogo	37
Longevidade como expressão da qualidade de vida urbana	39
Déficit Social nos municípios brasileiros : Uma proposta para priorização da ação pública	41
Pesquisa de Percepção da Qualidade de Vida em Santo André/SP	43
Contribuição para reflexão sobre qualidade de vida	45
Até que ponto somos donos do nosso tempo?	47
Navegue!	48

BIS - Boletim do Instituto de Saúde

nº 32 - Abril 2004 ISSN 1809-7529 Publicação quadrimestral do Instituto de Saúde.

Tiragem: 3000 exemplares. R. Santo Antônio, 590 Bela Vista . Cep: 01314-000 São Paulo-SP

Tel: (11) 3293-2222/Fax: (11) 3105-2772. E-mail: editora@isaude.sp.gov.br

homepage: <http://www.isaude.sp.gov.br>

Secretário de Estado da Saúde - SP

Luiz Roberto Barradas Barata

Coordenador dos Institutos de Pesquisa

Luiz Jacintho da Silva

Diretora do Instituto de Saúde

Maria Lúcia Rosa Stefanini

Expediente:

Editor: Tania Margarete Mezzomo Keinert

Editor assistente: Paulo Roberto Nascimento

Colaboradores com a etapa de edição: Maria de Lima Salum e Morais, Sandra Maria Greger Tavares, Marcelo Rouanet, Nelson Fco. Brandão

Editoração: Nelson Francisco Brandão

Capa: Liana Soares - Composição (releitura) de Fragmento da Obra de Ana Keinert "Second Grade"

Apoio Logístico: Núcleo de Informática-IS

Divulgação: Núcleo de Documentação e Informação-IS

Colaboradores: Alexandra C. de Freitas, Álvaro Escrivão Júnior, Ana Aparecida Sanches Bersusa, Carlos Botazzo, Carlos Tato Cortizo, Claudete de Castro Silva Vitte, Cláudia Maria Bogus, Cristiane de Araújo, Daniele Pompei Sacardo, Elaine Batista, Emma Otta, Fátima Madalena de Campos Lico, Jacqueline Serafim de Freitas, Jorge Kayano, Juan Carlos Raxach, Juliana Teixeira Fiquer, Lúgia Rivero Pupo, Márcia Alves Santana, Marco Akerman, Maria de Lima Salum e Morais, Maria Lúcia Rosa Stefanini, Marisa Fefferman, Marli Fernandes, Massumi Kamimura, Mônica F. Horta, Monique Borba Cerqueira, Paulo de Martino Januzzi, Paulo Henrique Nico Monteiro, Regina Mara Ramo Aneiros Fernandez, Renata Bertazzi Levy-Costa, Renato Barboza, Rosilda Mendes, Rosirene Leme Beraldi Gottardi, Ruben Cesar Keinert, Tania Margarete Mezzomo Keinert, Tereza Etsuko da Costa Rosa, Tereza S. Toma, Tiago Noel Ribeiro, Virginia de Fátima Novelli e Wilza Villela.

Editorial

Maria Lucia R. Stefanini¹

Há dois anos inauguramos este formato para o BIS: apresentar cada número focando um eixo temático, introduzindo várias abordagens conceituais e diversas maneiras de interpretar o tema e ao mesmo tempo, procurando contribuir para a reflexão da teoria e da prática sobre o assunto.

Qualidade de Vida é o sétimo tema abordado nessa modalidade do BIS. Como nos anteriores, esse apresenta vários olhares. Compõe-se de 28 textos que expõem a pluralidade dos significados de “Qualidade de Vida”. Inicia-se com o desafio de conceituá-la, sinalizando a complexidade do seu significado e daí seguem-se artigos com enfoques dos mais diversos, procurando relacionar ou mesmo condicionar Qualidade de Vida ao ambiente social, ao significado das brincadeiras e do humor na formação do jovem e do adulto, à formação de profissionais, à produção científica e tecnológica, aos direitos humanos, cidadania, longevidade, segurança alimentar e nutricional, educação, à política de medicamentos. Outros artigos reproduzem experiências vivenciadas na construção do observatório de qualidade de vida do município de Santo André.

Há preocupação de vários dos autores em apontar aspectos fundamentais para diminuir as desigualdades sociais e melhorar a qualidade de vida: introdução de novas formas de gestão local/municipal que considerem a intersectorialidade e a participação da sociedade como elementos essenciais; a utilização de sistemas de informação de qualidade que permitam a construção e adoção de indicadores sociais e de avaliação de políticas públicas.

Três abordagens distintas sobre a intersectorialidade e qualidade de vida, além da mencionada no estudo desenvolvido em Santo

André: proposta pela Organização Panamericana de Saúde por meio de um guia dos prefeitos; o projeto Capela do Socorro Saudável, que definiu um plano estratégico de ação e a política de Segurança Alimentar e Nutricional.

Conta ainda com a resenha de dois livros que contribuem para a reflexão sobre Qualidade de Vida. Não faltou neste número a seção Navegue, onde o leitor encontrará os endereços eletrônicos nacionais e internacionais sobre o tema central.

Trata-se, portanto, de mais um número do BIS que concentra a diversidade dos enfoques de uma temática atual, oferecendo densidade nos seus textos e convidando os leitores para a reflexão e revisão de suas práticas.

* Diretora e pesquisadora Científica do Instituto de Saúde. Email: malu@isaude.sp.gov.br

Qualidade de vida e avaliação de políticas públicas

Tania Margarete Mezzomo Keinert*

Trabalhar com a questão da qualidade de vida é enfrentar o desafio de conceituá-la, percebendo sua complexidade e suas múltiplas facetas. Poderíamos tratá-la em pelo menos três dimensões, relacionando-a aos aspectos individuais (modo, condições, estilos de vida, percepção de bem-estar, espiritualidade, objetivos de vida, relações sociais), coletivos (desenvolvimento humano, comunidades saudáveis, sustentabilidade e ecologia humana) e políticos (democracia, direitos humanos e sociais).

Uma importante vertente quando se fala de qualidade de vida, da perspectiva do indivíduo, remete aos aspectos subjetivos a ela associados. “A questão da percepção da população é o ponto de partida fundamental para uma pedagogia de participação, da inclusão, que busque construir não só novos resultados ou indicadores de qualidade de vida, mas, sobretudo, produzir novos significados a respeito da qualidade de vida. (...) Para este trabalho de uma pedagogia da inclusão, da participação e a disputa de significados em torno da qualidade de vida, é fundamental a agregação, nos diagnósticos, de elementos ligados aos desejos da população, aos sonhos, aos medos, aos fatores de sofrimento, ao que as pessoas gostam, à possibilidade de decidir, de escolher” (PONTUAL; 2002). Sendo assim, subjetividades, percepção e estados emocionais adquirem importância fundamental na conceituação de qualidade de vida e, até mesmo, na definição de indicadores para operacionalizá-la ou de políticas públicas para aprimorá-la.

Qualidade de vida é sempre um conceito relativo. Relatividade que pode ser atribuída a um lugar, a determinada cidade, a suas peculiaridades e conflitos (RYKWERT; 2004). Pode ser relacionada a diferentes faixas etárias, sendo conceituada de forma diferente em crianças - quando o brincar adquire especial importância -, ou em idosos - quando o corpo, e também a alma, passam a perceber a vida de forma diversa. Qualidade de vida que se manifesta de forma diferente quando relacionada à juventude, com questões como violência, uso de drogas ou doenças sexualmente transmissíveis ganhando destaque. Ou então quando sob um recorte de gênero, abordando, por exemplo, o uso do tempo pelas mulheres - as quais se sentem sem tempo para nada, mas exigidas como se tivessem tempo para tudo.

Os aspectos coletivos, principalmente aqueles associados à noção de sustentabilidade socioeconômica

e desenvolvimento humano, são outra perspectiva desafiante. Desafios que se colocam desde as limitações impostas pela precarização das condições de vida, pela degradação do ambiente urbano, pelo enfraquecimento das redes de solidariedade; e até pelo seu oposto - a dificuldade em se associar diretamente nível de renda e qualidade de vida, desenvolvimento econômico e bem-estar, condições de vida e percepção de felicidade.

A dimensão política da qualidade de vida também é desafiante pois pressupõe a construção de uma “comunidade cívica”, de acumulação de capital social e formação de capital humano. Dimensão que exige a construção de acordos negociados que contemplem a noção de direitos humanos, políticos e sociais. Pressupõe a possibilidade de participar das decisões, manifestar opinião, ser parte ativa na construção de um sistema de governo democrático. É a chamada “ética das capacidades” (SEN, 2000), que garante aos indivíduos as condições de realização e efetivação de possibilidades diferenciadas de existência.

Aspecto final que queremos ressaltar nessa breve introdução é o da qualidade de vida enquanto parâmetro para a avaliação de políticas públicas. Ao tratá-la sob esse ponto de vista, queremos compartilhar com o leitor a compreensão de que tais políticas devem sempre pautar-se pelo respeito a sua própria continuidade, que baseiem-se em acordos intersetoriais e que sempre sejam participativas.

Referências Bibliográficas

PONTUAL, P. “Qualidade de Vida, Participação e Percepção da População” in KEINERT, T. M. M. e KARRUZ, A. P. Qualidade de Vida: Observatórios, Experiências e Metodologias; São Paulo, FAPESP-Annablume, 2002.

RYKWERT, J. “A Sedução do Lugar.” São Paulo, Martins Fontes, 2004.

SEN, Amartya. Desenvolvimento como Liberdade, São Paulo, Companhia das Letras, 2000.

* Administradora, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde e editora desta edição do BIS. Email: tkeinert@isaude.sp.gov.br ou taniakeinert@gmail.br

Capital Social, Saúde e Qualidade de vida

Tereza Etsuko da Costa Rosa*

Por que algumas comunidades prosperam, têm instituições políticas efetivas e cidadãos saudáveis, enquanto outras comunidades não?

Por que acentuados diferenciais de mortalidade geral e por causas específicas, tais como doenças cardiovasculares, câncer e violência, segundo o nível socioeconômico, são observados, tanto em países com baixos níveis de desigualdade social, quanto naqueles com cobertura universal de saúde?

Por que pessoas que residem em áreas deprimidas têm maior risco para apresentar pior perfil de saúde, mesmo quando ajustados para idade, sexo e nível educacional? Por que áreas residenciais mais afluentes apresentam grupos de moradores com perfil de saúde cardiovascular mais saudável depois de devidamente ajustados por características demográficas e comportamentais?

O perfil de saúde em áreas pobres pode ser explicada completamente pelas características dos residentes? Ou as particularidades relacionadas com o ambiente social podem ter um papel independente?

Questionamentos de tal ordem têm levado pesquisadores a investigarem a possibilidade de que a relação entre nível socioeconômico e saúde é mediada pelo número e pela natureza dos relacionamentos entre as pessoas. No plano individual, esse conceito é avaliado como "apoio social" (número e tipo de relações que um indivíduo tem) e, no âmbito populacional, é medido como "capital social" ("organização social" e "eficácia coletiva" são conceitos próximos), ou seja, uma avaliação da qualidade dos relacionamentos entre os moradores de determinada área (COHEN e cols, 2003).

Capital social refere-se a sistemas horizontais de participação cívica, como associações comunitárias, grupos de música, cooperativas, grêmios desportivos, partidos políticos etc. Essas redes de intercâmbio social são regidas pela confiança, cooperação e reciprocidade, sendo esta última fundamental porque facilita a solução dos dilemas de ação coletiva. Fontes de capital social incluem não só trocas recíprocas, mas principalmente valores culturais e solidariedade étnica e de classes. O capital social torna-se produtivo na medida em que pode acumular, equiparando-se ao capital físico e humano: quanto mais uma sociedade acumula capital social, mais benefícios obterá (LABRA, 2002).

Outra linha de pesquisa provém dos estudos sobre os aspectos físicos do entorno em que as pessoas de baixo

nível socioeconômico vivem. Circunvizinhanças de pessoas de menor nível social tendem a ter maiores taxas de desordens físicas e deterioração (lixo nas ruas e calçadas, paredes *grafitadas*, vidros quebrados etc.) e também são caracterizadas pela desordem social. Resultados de pesquisas nessa linha respaldam a teoria de que mudanças no ambiente das comunidades podem efetivamente modificar os comportamentos de saúde das pessoas. O entorno transformou-se no foco das políticas do "Terceiro Setor", em alguns países desenvolvidos, para o combate à exclusão social e tem sido tomado como o cenário-alvo das políticas de redução das desigualdades em saúde (CATTELL, 2001).

Compreender as formas pelas quais o ambiente social afeta a saúde é importante para melhorar nosso conhecimento sobre como as desigualdades em saúde surgem e como podem ser reduzidas. Diante do pensamento predominante, de que o conhecimento, as atitudes e as habilidades individuais determinam nosso comportamento de saúde, a possibilidade de que as condições contextuais em que vivemos sejam em larga parte responsáveis pela saúde e qualidade de vida - portanto, da longevidade - sugere que futuras intervenções em saúde pública devam considerar nosso ambiente físico e social.

Referências Bibliográficas

COHEN, DA; FARLEY, TA; MASON, K. - Why is poverty unhealthy? Social and physical mediators. **Soc Sci Med** 2003, 57:1603-41.

CATTELL V. Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital. **Soc Sci Med** 2001, 52:1501-16.

LABRA ME. Capital social y consejos de salud en Brasil. Un círculo virtuoso? **Cad Saúde Pública** 2002, 18 (suplemento): 47-55

* Psicóloga, mestre e doutoranda em Saúde Pública/USP. Pesquisadora do Instituto de Saúde. Email: tererosa@isaude.sp.gov.br ou tererosa@femane.com.br

Brincadeira infantil: um lugar de saúde

Maria de Lima Salum e Morais*

São inegáveis os benefícios da brincadeira e do humor para a saúde humana. Dada a extensa dimensão do fenômeno da ludicidade, pretendo ater-me aqui ao brincar na criança, especificamente até os seis anos de idade.

Brown (1998), tratando de evidências clínicas do brincar, aponta duas situações que atestam sua importância na infância e suas repercussões na vida adulta: (1) estudando a vida de alguns assassinos em série, evidencia que, em comum, foram impedidos de brincar livremente na infância; (2) antes mesmo de outros indícios advindos de exames clínicos e laboratoriais de crianças gravemente enfermas, o primeiro sinal de melhora de seu estado de saúde é comportamental, manifesto através da retomada do brincar, interrompido durante as fases críticas da doença. A partir dessas evidências, Brown conclui sobre a função reparadora do brincar que, assim como o sono e o sonho, funcionaria como um super-organizador da experiência.

Pretendo levantar duas questões ligadas ao brincar: a primeira delas diz respeito à espontaneidade da atividade lúdica, que tem sido objeto de discussão entre pesquisadores de base e educadores e que, em última instância, repercute sobre a saúde mental das crianças, principalmente daquelas inseridas no sistema educacional desde os anos pré-escolares. A segunda, mais ambiciosa, trata de tecer considerações sobre a brincadeira em nossa cultura, comparando-a àquela existente em outras sociedades erigidas sobre bases mais simples e tradicionais, representadas principalmente pelas sociedades indígenas.

Carvalho, Magalhães, Pontes e Bichara (2003) ressaltam a importância da brincadeira na expressão de emoções, motivações, percepções e aspirações humanas fundamentais. Apresentam argumentos que contrariam a "formatação do brincar", a prática pedagógica que procura dirigir, enquadrar e apropriar-se da brincadeira, estruturando-a, regrando-a, delimitando-a. A essência do brincar deve ser a espontaneidade.

O grupo de brinquedo é um espaço em que se constroem redes de relações em que papéis são atribuídos, regras são estabelecidas, procedimentos são adotados numa dinâmica muito ágil, em que, a qualquer momento, uma mudança é possível. Os papéis não são fixos, as rotinas não se estabelecem. Trata-se de um mundo de inovação e, ao mesmo tempo, de transmissão e de iniciação cultural.

Uma das linhas da psicologia intercultural distingue, basicamente, dois tipos de cultura: as ocidentais e as não ocidentais (KELLER, 1998). Essa divisão, embora super-

simplificadora, nos ajuda a compreender algumas diferenças entre as formas de criação e de cuidados com a criança existentes em diversas comunidades. As sociedades ocidentais, atualmente moldadas pelos padrões euro-americanos, seriam todas aquelas que derivam do chamado progresso tecnológico e nas quais prevalecem valores de autonomia, independência, auto-realização e competitividade. Por sua vez, as culturas não-ocidentais são moldadas por valores coletivistas de compartilhamento dos bens materiais e pela importância dada ao bem-estar do outro.

Ora, resulta que o espaço da criança e as expectativas em relação a ela diferem muito nos dois tipos de cultura. Nas sociedades ocidentais, em que o cuidado em relação aos filhos é mais individualizado e o raciocínio lógico-abstrato supervalorizado, grande parte da educação nos primeiros anos de vida é partilhada com creches e pré-escolas, espaço criado recentemente na história da humanidade.

Por um lado, as crianças de nossa cultura vivem num ambiente de altíssimo nível de estimulação, incentivado ainda mais pelos meios de comunicação, pela indústria de brinquedos e pela incorporação de novas tecnologias. Por outro lado, acostumam-se a algumas atividades em que são passivas e superdirecionadas. Nesse contexto, as iniciativas das crianças para brincadeiras tradicionais auto-dirigidas tornam-se cada vez mais restritas.

Façamos agora uma tentativa de retomar o tipo de vida de nossos ancestrais, o que pode ser ilustrado pelas comunidades indígenas atuais. Nessas sociedades, no primeiro ano de vida, as crianças mantêm contato corporal intenso com as mães, que as transportam para onde quer que vão e satisfazem suas necessidades à medida que surgem. Os bebês são o centro das atenções dos mais velhos, sendo acalentados pelos pais, irmãos e outros membros da comunidade (GOSSO & OTTA, 2003). É desta forma que a criança começa a participar da vida comunitária.

Quando chegam aos dois ou três anos, há uma abrupta mudança de *status*, em parte ocasionada pelo nascimento de um irmão. Nessa nova fase, a criança passa a ser apenas mais um membro da comunidade. Em algumas sociedades, os adultos e as crianças mais velhas praticamente não dão atenção para a criança pequena. Seus acessos de raiva, suas birras, seus "caprichos" são

* Pesquisadora científica do Instituto de Saúde e doutoranda em Psicologia. Email: masalum@usp.com.br

ignorados pelos mais velhos. Assim, rapidamente, a criança entende que ninguém é especial, superior ou exerce domínio sobre os demais (BONTA, 1997). Aprende com as crianças mais velhas, principalmente através de brincadeiras, em que também imitam os pais, incorporando valores e regras de seu grupo sociocultural e iniciando-se nas principais tarefas comunitárias. As crianças aprendem a identificar os limites de forma vivencial, obtendo assim conhecimento da sociedade em que vivem e dos indivíduos com quem interagem (NUNES, 1999).

O sistema de valores, naturalmente, repercute nas brincadeiras infantis. Embora as brincadeiras dos índios basicamente sejam muito semelhantes às das crianças de nossa sociedade, nelas, a inventividade convive harmoniosamente com a tradição. Nesse contexto, a brincadeira é uma escola através da qual a criança treina habilidades que lhes serão fundamentais na vida adulta. Os meninos imitam os homens e as meninas, as mulheres e, assim, pouco a pouco, à medida que se desenvolvem, o jogo se transforma em trabalho.

Raramente ocorre o mesmo nas sociedades urbanas atuais, em que a maior parte das crianças não presencia o trabalho dos pais e em que, muitas vezes, o único exemplo que têm é o de uma figura feminina que realiza as atividades domésticas. Crianças que vivem nesses ambientes passam a ter um contato extenso com um mundo, em grande parte, virtual.

Nunes (2002) também salienta o relativo isolamento das crianças de nossa sociedade em relação ao mundo adulto e ressalta a liberdade na vivência do tempo e do espaço de crianças indígenas. A autora acredita que as sociedades indígenas propiciam à criança melhor compreensão do social, enquanto as ocidentais estão dificultando a integração infantil no mundo adulto.

No entanto, a função das brincadeiras e jogos na preparação das crianças para a inserção gradual na sociedade adulta não lhes tira o caráter de prazer intrínseco, de atividade revigorante e organizadora, que ajuda a criança a elaborar suas experiências, a lidar com suas emoções, a entender o outro e a relacionar-se com ele.

Gianetti (2002), em seu livro *Felicidade* coloca-nos as seguintes questões: que lições tirar das conquistas e desacertos das nações que lideram o processo civilizatório? A civilização entristece o animal humano? Não temos ainda respostas para estas questões, mas podemos parar para refletir sobre elas e sobre o que nossa sociedade tem feito para promover a qualidade de vida de nossas crianças, tendo em perspectiva não só seu presente, mas também seu futuro: o jovem e o adulto que estamos formando.

Referências Bibliográficas

BONTA, B. (1997). Cooperation and competition in peaceful societies. *Psychological Bulletin*, 121(2), 299-320.

BROWN, S. L. (1998). Play as an organizing principle: clinical evidence and personal observations. In: M. Bekoff & J. A. Byers (Eds.), *Animal Play* (pp. 243-259). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

CARVALHO, A.M.A.; MAGALHÃES, C.M.C; PONTES F.A.R. & BICHARA, I.D. (2003.), *Brincadeira e cultura: viajando pelo Brasil que brinca* [São Paulo: Casa do Psicólogo.

GIANETTI, E. (2002). *Felicidade*. São Paulo: Companhia das Letras.

GOSSO, Y. & OTTA, E. (2003). Em uma aldeia Parakanã.. In A. M. A. CARVALHO; C. M. C. MAGALHÃES; F. A. R. PONTES & I. D. BICHARA (Orgs.), *Brincadeira e cultura: viajando pelo Brasil que brinca* .(pp. 33-76), vol. I. São Paulo: Casa do Psicólogo.

KELLER, H. (1998) Diferentes caminhos de socialização até a adolescência. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento*, 8, 1-14.

NUNES, A. (2002). No tempo e no espaço: brincadeiras das crianças A'uwe-Xavante. In: A. L. SILVA, A. V. L. S. MACEDO & A. NUNES (orgs.), *Crianças indígenas: ensaios antropológicos* (pp. 64-99). São Paulo: Global.

Pobres e pobreza.

Por uma ética de afirmação da vida

Monique Borba Cerqueira*

Pobres e pobreza constituem um tema de difícil abordagem, seja por sua capacidade de produzir num plano abstrato um círculo estéril e vicioso de impasses no debate político, econômico e sociológico, seja pela exaustão que se explicita na sua concretude como fenômeno do mundo, generalizado e banal, apontando cada vez mais para uma realidade aceita socialmente e muito próxima do imutável. Essa mesma imprecisão e fluidez passa pelo debate acadêmico e é evidenciada na preocupação de especialistas com a urgência da construção de um método científico consistente capaz de medir internacionalmente a pobreza, ao mesmo tempo que os indicadores precisariam incluir *“medidas subjetivas relacionadas ao sentir-se pobre”*¹. Trata-se aqui de tentar mapear e dar contensão a um fenômeno poroso, altamente complexo. Por outro lado, essa degenerescência presa à noção de pobreza que jamais informa sobre exatamente do quê ou de quem se está falando é absolutamente sintomática, posto que desencoraja o desvendamento de seus mistérios, tornando-os triviais e esgotados em si mesmos.

O predomínio de uma idéia informe e fantasmática de pobreza não dissimula, molda e atormenta apenas os desvalidos. Implantada no coração social, a ameaça representada pela *falta soberana* gera medo e engendra dispositivos políticos que percorrem toda sociedade capitalista. Muitas são as gradações que essa poderosa máquina de codificação estabelecerá nos grupos e indivíduos. Nesse sentido, nossa discussão exige, a princípio, não tomar a pobreza como fenômeno determinado exclusivamente por um padrão econômico expresso na esfera da materialidade, mas a partir da dinâmica das relações sociais que ancora uma maior ou menor base de reciprocidades éticas entre os homens.

O pobre é incapaz, grotesco, burro, abjeto, só podendo ocupar um lugar de subtração e exibir alguma forma de apagamento de si. Por isso, ao conjunto da plebe nomeia-se *“povo”*, título que prima pela mesma indiferenciação atribuída às *“classes populares”*. Ambas são formas que sugerem uma adequação da política à pobreza. Apontando para vagos e imprecisos contingentes

humanos, sob tais definições constela-se uma grande dificuldade: a de reconhecer que os pobres são, antes de tudo, possuidores de desejo, além de serem possuídos pelos desejos alheios. Martin-Barbero (2003), ao tematizar as transformações do *“homem da indústria”*, cuja participação já não era apenas como espectador de um processo, mas também como ator, vê no proletário do filme *“Tempos Modernos”* um *“homem com fome, torpe, golpeado continuamente pela política e, contudo dotado de uma capacidade de significar, de uma força representativa imensa...”*. Mas, porque o desejo é uma força capaz de derrubar as distinções de classe, os pobres dificilmente são reconhecidos sob seu solo.

Em sua leitura sobre Espinosa, Deleuze (2002) aponta para uma filosofia que denuncia tudo aquilo que falsifica e nos separa da vida através de valores de depreciação da própria vida. É deste referencial que partimos para a compreensão de uma idéia que se expressa através de imagens e semânticas negativas e correlatas.

Num sentido oposto aos domínios da ética, a moralidade reforça a impotência, regula visibilidades e invisibilidades daqueles que estão em toda parte: os pobres. Por isso, requer atenção todo modo de identificar, classificar, qualificar o pobre. Códigos moralmente compartilhados recomendam, indicam, estabelecem que o pobre bom, o pobre dócil é aquele que consome pouco, mas consome; é fundamentalmente um trabalhador; está inserido em algum arranjo ou dinâmica familiar; pode ser ou não eleitor, pois sua mera figuração existencial produz antecipadamente dividendos políticos. Esse é o pobre que está na literatura, na mídia, nas plataformas políticas, nos programas sociais. É o pobre que não pode falar, mas de quem se fala. É o pobre que recebe elogios, prêmios por seu esforço criativo ou empreendedor; é aquele para quem planejam-se intervenções e imagina-se resgatar dos limites da doença, do crime, da delinquência; às vezes incômodo, esse pobre é, sobretudo, útil.

Mas há outro tipo de desvalido, aquele que é *“sujo”*, *“esfarrapado”*, *“nauseabundo”*, *“coberto de úlceras”* e



Foto da exposição Retratos Falantes de Paulo Fridman.

“repugnante”. Pode ser, além disso, um “desclassificado”, representante da “escória”, o “refugo”, “o rebotalho de todas as classes” (MARX, 1978). A ideia de lumpemproletariado reforça que não há lugar social reservado para esses seres, cuja existência não é passível de ser incorporada a uma classe.

Mas “pobreza” não é apenas uma palavra destinada a designar. É o lugar de confinamento dos pobres. Por isso, surpreendente é a linha que atravessa as dimensões semânticas reveladas na incrível variedade de representações em que *o pobre* e *a pobreza* associam-se a sentimentos. Mollat (1989) chama atenção para a enorme condescendência que o diminutivo “pobrezinho” pode exprimir, bem como suas oscilações de sentido, que vão do desdém, ao desprezo; do desprezo, à repulsa. Uma incrível dramaticidade acerca o homem pobre e sua condição sofrida. A pobreza é um acontecimento que impõe estranhas gradações à nossa sensibilidade — piedade, indignação, misericórdia, repugnância, temor, revolta —; emoções que ao circularem no espaço social imprimem sua marca nas esferas de produção intelectual e política, onde encontram sua completa naturalização.

Ao contrário das visões que alegam uma tendência à obscuridade na qual enclausurou-se a pobreza, Telles (1999) afirma o quanto estamos diante de uma realidade amplamente registrada na sociedade brasileira. Mas por que essa pobreza tão conhecida, tão persistente sempre foi incapaz de exigir padrões mínimos de civilização? Este é o enigma da pobreza brasileira, segundo Vera Telles.

Até que ponto essa ampla visibilidade que temos da pobreza nos provoca? E aqui sua imagem mistura-se à experiência real de uma sociedade que tropeça na miséria e, talvez, por isso mesmo, tenha criado tantos artifícios para absorvê-la de forma silenciosa.

A ampla visibilidade da pobreza na sociedade brasileira não é formadora de opinião política, não traz clareza ou transparência para solução dos problemas sociais. Mais do que qualquer outra coisa, a imagem da pobreza reforça uma moral da impotência e da rejeição. E é sob este solo moral que se define um regime de representação e intervenção que elege qual o contingente de minimização humana sob seu foco.

Referências Bibliográficas

- DELEUZE, Gilles. Espinosa, Filosofia Prática. São Paulo: Escuta, 2002.
- MARTIN-BARBERO, Jesús. Os Meios e as Mediações. Rio de Janeiro: UFRJ, 2003.
- MARX, Karl. O 18 Brumário e cartas a Kugelmann. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.
- MOLLAT, Michel. Os Pobres na Idade Média. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- TELLES, Vera. Direitos Sociais. *Afinal, do que se trata?* Belo Horizonte, UFMG: 1999.

* Pesquisadora do Instituto de Saúde. Email: monique@isaude.sp.gov.br
1 Palestra realizada em 18/11/2002, na PUC/SP, pelo Professor Dave Gordon, Diretor do Centro Townsend para Pesquisa Internacional sobre a Pobreza.

Bem-estar subjetivo e suas alterações ao longo da vida¹

Emma Otta* & Juliana Teixeira Fiquer**

Resumo. Considerando a influência de estados emocionais sobre a saúde das pessoas, a presente pesquisa investigou o sentimento de bem-estar subjetivo de homens e mulheres de quatro grupos etários, moradores de uma cidade do interior de São Paulo e de uma cidade praiana do Nordeste. Foram entrevistadas 165 pessoas que responderam a escalas de afetos positivos e negativos. O principal resultado foi a constatação de que os idosos se mostraram mais satisfeitos com a vida e menos nervosos quando comparados com pessoas mais jovens. Uma possível interpretação pode ser dada segundo a teoria da seletividade socioemocional, segundo a qual as emoções são mais bem reguladas à medida que as pessoas envelhecem.

A idéia da presente pesquisa foi sugerida por um número temático do *American Psychologist* de Janeiro de 2000, dedicado à felicidade e ao funcionamento humano ótimo. Um resultado recorrentemente apresentado em vários artigos deste número é a influência favorável de estados emocionais positivos sobre a saúde física, o que pode se dar através de diferentes mecanismos, tais como: efeito direto sobre a fisiologia, especialmente o sistema imunológico, recursos psicológicos engendrados por estados emocionais positivos, motivação de comportamentos relevantes para a saúde. Considerando que o bem-estar é uma medida de qualidade de vida, a compreensão dos seus determinantes pessoais e situacionais é importante para políticas públicas que visem a saúde.

Nosso objetivo no presente estudo foi investigar o bem-estar subjetivo em relação à idade, ao tipo de cidade em que a pessoa vive e possíveis variações em função de gênero. Existem previsões diversas a respeito da relação de bem-estar com idade. Segundo a perspectiva de indicadores sociais, o bem-estar diminui com o aumento da idade devido a uma menor disponibilidade de recursos físicos, psicológicos e materiais. Segundo a teoria da seletividade sócio-emocional, à medida que as pessoas ficam mais velhas ocorre uma maximização de afetos positivos e uma minimização de afetos negativos, em função da adaptação aos eventos da vida e de alterações vivenciadas em contextos sociais. Já para a teoria de "set-point", a idade é irrelevante, sendo que as diferenças individuais para sentir afetos positivos e negativos, e conseqüentemente, para avaliar bem-estar, são resultado do tipo de personalidade.

Na presente pesquisa, foram feitas entrevistas com 85 pessoas (41 homens e 44 mulheres) que viviam em Socorro, uma cidade do interior do Estado de São Paulo com 40.000 habitantes, e 80 pessoas (40 homens e 40 mulheres) que viviam em João Pessoa, uma cidade praiana do Estado da Paraíba com 844.000 habitantes. Em ambas as cidades os participantes foram distribuídos em quatro grupos etários: jovens (n= 40), adultos (n=44), meia-idade (n=41) e idosos (n=40). Responderam a uma escala de seis afetos positivos e seis negativos (MROCZEK e KOLARZ, 1998), quanto à frequência com que foram sentidos durante os últimos 30 dias, além de avaliarem sua satisfação perante a vida, a de seus melhores amigos e de algumas figuras públicas (políticos, artistas e esportistas).

Os resultados encontrados foram submetidos a uma análise multivariada de variância. A MANOVA revelou efeitos principais significativos de idade e de sexo. Pessoas idosas, em ambas as regiões, consideraram-se menos nervosas do que pessoas de meia-idade e mais satisfeitas com a vida do que os jovens, adultos e as pessoas de meia idade. Homens se mostraram mais frequentemente satisfeitos do que as mulheres, apesar de tenderem a relatar maior sentimento de obrigação.

A interação entre sexo e idade foi significativa para o

sentimento de inutilidade e calma. Entre os adultos, as mulheres relataram sentimento mais freqüente de inutilidade do que os homens. Nas demais faixas etárias não houve diferença em função de sexo quanto a este sentimento. Entre os jovens, as garotas relataram menor calma que os rapazes. O fato das mulheres especialmente jovens se apresentarem com menos calma em comparação com os homens está de acordo com a literatura relacionada com estresse, que aponta uma prevalência entre meninas. A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano em que a probabilidade de desenvolver estresse aumenta, frente à necessidade de adaptação exigida do indivíduo em relação a mudanças corporais, de identidade e de papéis sociais. Meninas têm apresentado uma diminuição da auto-estima, aumento da preocupação com a imagem corporal, aumento de transtornos alimentares e depressão clínica, que não se verifica de maneira significativa entre os meninos. Flutuações cíclicas de estrogênio e progesterona estariam na base das reações de estresse das mulheres, conferindo-lhes suscetibilidade maior para ansiedade e irritabilidade em comparação com homens. Contudo, também há possibilidade da diferença encontrada estar relacionada com maior externalização de sentimentos entre as mulheres.

Em conjunto, nossos resultados mostram que o gênero parece ser um fator importante na modulação das alterações em bem-estar subjetivo que ocorrem ao longo da vida, ainda que novas pesquisas sobre alterações fisiológicas da puberdade e seus efeitos sobre o comportamento e estados de ânimo sejam necessárias. Por outro lado, os resultados relativos à idade lançam perspectivas positivas no campo da gerontologia. Estão de acordo com a teoria da seletividade socioemocional, que considera que à medida que as pessoas envelhecem, as emoções são mais bem reguladas, o que proporcionaria maior sentimento de bem-estar entre idosos.

Referências Bibliográficas

- MROCZEK, D. K. & KOLARZ, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1333 – 1349.
- MYERS, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-67.
- RYFF, C. D. & KEYES, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719- 727.

¹ Pesquisa realizada com apoio da FAPESP e do CNPq.

* Professora associada - Departamento de Psicologia Experimental (Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo).
Email: emmaotta@usp.br

**Graduanda do Curso de Psicologia (Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo). Email: docejuba@hotmail.com

Qualidade da vida: uma contribuição das Políticas da Subjetividade Contemporânea

Marli Fernandes*

Este artigo tem dupla intenção: a primeira é de repensar o conceito de qualidade **de** vida e formas **da** vida sob a égide das políticas da subjetividade, sobretudo, nos modos de vida produzidos com a globalização e as tecnociências, cujos efeitos envolvem mudança radical das formas de existência humana e exigem esforço de elaboração em todas as áreas do conhecimento. Se a vida é expropriada pelo mercado capitalista, exige-se das políticas públicas a compreensão dos efeitos biopolíticos do capitalismo, inclusive nos estratos mais carentes da população, que, ao contrário do que possa parecer, sofrem tais conseqüências. A segunda é redesenhar os aspectos ditos “subjetivos” e objetivos na formulação das pesquisas em qualidade de vida, referenciadas mais por um pensamento ético-político de integração dos modelos quali/quantitativos e menos por uma ética de oposição aos mesmos. Neste sentido, a subjetividade não é uma superestrutura etérea, mas força viva, quantidade social, potência política. **Palavras-chave:** produção de subjetividades, agenciamento, potência de criação, modos ou formas de vida.

Qual o sentido de se traçar um paralelo entre as subjetividades contemporâneas e as pesquisas públicas urbanas que pretendem consolidar uma melhora da qualidade de vida? De imediato, o sentido desta lógica tem a ver com o que nos interessa, ou seja, com a própria vida — um campo de experiências, de afeto, de sonho, de conexões e fugas, de criação de sentido.

Em termos mais simples, o conceito de subjetividade pode apontar para um modo de viver, um modo de fazer, um modo de habitar. Mas se o modo de viver exprime a apreensão que temos da realidade, não é difícil compreendermos que as subjetividades são também produzidas, fabricadas e criadas por esta mesma realidade, a partir de uma multiplicidade de planos coletivos e individuais que se agenciam. Quais seriam as implicações mais imediatas do conceito subjetividade, como produção?

A primeira implicação é que a subjetividade como produção ultrapassa o conceito representativo do subjetivo como algo psicológico, um “desejo das profundezas do eu”. O subjetivo é um dos planos da produção de subjetividades, não é sua totalidade. A segunda implicação, é que os planos sociais, ambientais, mentais são planos heterogêneos que se agenciam o

tempo todo em nossas vidas. Agenciar-se não é a mesma coisa que misturar-se. Os agenciamentos são heterogêneos, móveis e anunciam a aparição do novo, da diferença e da singularidade (DELEUZE & GUATARI, 1995-1997). Portanto, não se trata apenas da mistura de planos. Em outras palavras, a dinâmica do agenciamento não se produz em termos das funções de causa e efeito, máxima representação da ciência clássica, e nem sempre responde à condição da ordem do necessário e do suficiente.

Em termos da pesquisa sobre qualidade de vida, não é novidade para os pesquisadores sociais que os chamados dados “subjetivos” somados aos indicadores sociais muitas vezes se mostram insuficientes no processo de formulações de políticas públicas. Basta destacarmos as referências no livro “Qualidade de Vida, observatório, experiências e metodologia” (KEYNERT & KARRUZ, 2002) relativas à fonte de satisfação e de insatisfação em relação aos espaços urbanos. Um estudo americano demonstra que, apesar da área degradada, 75% da população referem satisfação (BRAVO & VERA, 1993: 99). Outro estudo incluindo o Brasil mostra a dissonância entre a renda ‘per capita’ e a expectativa de vida longa e viver bem: a amostra aponta que alguns países de menor renda ‘per capita’, como o Sri Lanka, a China ou o Estado de Kerala, na Índia, não obstante, apresentam uma mais elevada relação com “viver mais tempo” (SEN, 2000: 123). Portanto, existe um grau de defasagem da qualidade de vida que inverte o sentido da função entre o que se espera em termos de indicadores e o que de fato ocorre na realidade.

Parece-nos claro que a relação “causal” é muito complexa, indicando, de certa forma, que o conhecimento parece não ser suficiente para tornar, por exemplo, as condições urbanas melhores, como nos diz o professor de Políticas Urbanas Robert H. Wilson (2002).

Cabe então a pergunta: como os estudos sobre as subjetividades podem contribuir para a explicitação do imensurável? Porque, geralmente, tal perspectiva não responde à construção funcional da ciência clássica.

Eis aqui nosso primeiro susto. O paradoxo da incerteza fere nossas convicções. Claro, já sabemos que é falsa a convicção de que se algo não for mensurável não existe no real e não nos interessa, para efeitos práticos e objetivos. Então, convém insistirmos na pergunta anterior.

Um dos estudos mais interessantes sobre a realidade contemporânea e a produção de subjetividades é sobre a Biopolítica. Nas últimas décadas, produziu-se um novo modo de relação entre capital e subjetividade, uma penetração do capital na vida e na subjetividade numa escala nunca vista, como diz o filósofo Peter Pal Pelbart (prelo) e Pelbart (2000). Hoje se vive uma circulação de fluxos de alta velocidade: capitais, informações, máquinas de captura fabricadas pela homogeneização do mercado capitalista distribuidor de riqueza e da pobreza.

Coextensivos a estes estudos, autores como Deleuze, Negri, Hardt, Lazzaratto, mostram que a Biopolítica não só explicita o poder sobre o corpo, um controle através das reproduções da vida, mas também aponta para os efeitos positivos e libertadores em outra dimensão, mais afirmativa e positiva. Em outros termos, trata-se da capacidade de produzir o novo, a invenção de formas de vida cuja capacidade não está subordinada à valorização do capital. Neste sentido, não se produz só na fábrica, não se cria só na arte, não se resiste só no campo da Política. A vida deixa de ser definida apenas a partir de processos biológicos que afetam a população e suas condições de reprodução, passa a significar uma energia anorgânica, um desejo como produção de realidades, uma sinergia coletiva.

Não seria importante que as formulações de Políticas Públicas se detivessem no exame destas forças? Quando um grupo de jovens presidiários compõe e grava sua música, o que eles mostram e vendem não é só sua música, nem só sua histórias de vida, mas seu estilo, sua singularidade, sua percepção, sua revolta, sua maneira de vestir, de morar na prisão, de protestar. Claro, o mercado do capital cultural também vampiriza estas formas de criação, para depois descartá-las. Entretanto, a potência de criação extrapola estas forças perversas do mercado e este é, sem dúvida, o diferencial que marca os sinais da resistência da vida enquanto produção de subjetividades na contemporaneidade.

Nesta direção vimos no Brasil, no II Fórum Social Mundial, em 2002, o projeto Criação/Resistência¹, de âmbito internacional, discutindo as análises de ferramentas de mapeamento entre as cidades globalizadas como São Paulo e o cenário atual dos planos culturais, sociais e da qualidade da vida ressoando subjetividades.

Estas novas configurações entre capital, subjetividades e qualidade da vida fazem parte atualmente de projetos de pesquisas que têm como pano de fundo todas as transformações tecnológicas e produtivas do mundo globalizado.

Diante desta produção de subjetividades que compõem as nossas vidas, podemos encaminhar uma idéia provisória, mas nada inofensiva. Parece-nos que se não se pode medir ou fazer o mapa dessas forças de vida, podemos ao menos tentar cartografá-las, a partir

de um observatório das potências de vida, os seus pontos de emergência, seus locais de irrupção, seus dispositivos, tanto quanto dos efeitos da comercialização da vida com sua reativação vital. Ir além da racionalidade técnica, estimular a participação da comunidade, tendo os agenciamentos individuais e coletivos que se engendram, próprios de cada momento, lugar e conjuntura com o real.

As Políticas Públicas da qualidade de vida devem ser reativadas e somadas pelos indicadores, por debates na esfera pública em diversos níveis de pesquisas, ancorados por um ética conectiva aos modos de vida, invertendo o sentido da potência de criação, como forças desacreditadas da sociedade em geral. Senão, corremos o risco de formatarmos ações representativas de um controle social ("de fora para dentro") produzindo subjetividades desvitalizadas da consciência do que seja exercer cidadania, entendidas facilmente pela própria população como uma atitude benemérita do Estado.

Referências Bibliográficas

BRAVO, Maria Tereza de & VERA, Silvia F. de. EL concepto de calidad de vida: una revision de su alcance y contenido. Revista geográfica venezolana. Mérida, Universidad de los Andes, v.34, n.2, 1993

DELEUZE & GUATARI. Mil Platôs - Capitalismo e Esquizofrenia, 5 vols, São Paulo, Editora 34, 1995-1997 (Mille Plateaux: capitalisme et schizophrénie. Paris, Minuit, 1980).

KEINERT & KARRUZ Orgs. Qualidade de Vida, Observatório, Experiências e Metodologia. São Paulo: Annablume: Fapesp, 2002.

PELBART, P. - Michel Hardt. Affective Labor, inédito, Incluído em Tecnosubjetividade- Cadernos de Subjetividade. Ed. Hucitec, no prelo. (IN: Negri . Traivall et affect. I Futur Antérieur, Paris, 1997; incluído na edição brasileira de Exílio)

PELBART, P. - A Vertigem por um Fio. Políticas da Subjetividade Contemporânea. Editora Iluminuras. São Paulo. 2000.

WILSON, R.H. prefácio Orgs. Qualidade de Vida, Observatório, Experiências e Metodologia. São Paulo: Annablume: Fapesp, 2002.

* Psicóloga, mestranda em Psicologia/PUC, Pesquisadora do Instituto de Saúde. Email: marfluz@uol.com.br

¹ PROJETO CRIAÇÃO /RESISTÊNCIA - II Fórum Social Mundial. Porto Alegre. Rio Grande do Sul. Brasil. Orgs: Catherine David, Suely Rolnik, Peter Pál Pelbart, Denise B. Sant'Ana, Laymert Garcia dos Santos, Kazuo Nakano, Ligia Nobre e Cécile Zoonen, 2002.

Cultura Corporal: busca desalienada por qualidade de vida

Rosirene Leme Beraldi Gottardi*

Como a sociedade trata o corpo das pessoas? Como cada pessoa trata seu próprio corpo?

Essas questões remetem à compreensão de como a dinâmica social influencia a construção do corpo de cada um, as relações humanas e conseqüentemente a própria qualidade de vida. Nesse sentido, o corpo é definido como “relativo e absoluto simultaneamente, quando se busca sua identidade nas transações sinérgicas. Estas, por sua vez, acontecem em meio a perversões e emancipações, dividindo o corpo ou tornando-o único” (DANTAS, 1994).

A partir dessa definição, é importante entender o corpo das pessoas, as quais se relacionam entre si, para que desse modo seja possível também entender a reprodução da ordem social vigente e o desvelamento de suas políticas públicas.

“O corpo representa, a depender da época e do espaço, valores vigentes na sociedade. As necessidades atribuídas ao corpo têm diferentes significados relacionados à sociedade, incorporando suas especificidades, desejos reprimidos, outras vezes incentivados, de acordo com o contexto no qual se inserem” (CARVALHO, 1998: 33).

Durante muito tempo a doutrina da instrumentalização do corpo (o corpo como instrumento da alma) perpassou o pensamento de grandes filósofos antigos e medievais como Platão, Aristóteles, Epicuro, São Tomas de Aquino, Hobbes entre outros. Mas, é a partir da visão cartesiana que corpo e alma se dicotimizaram. Passou-se a atribuir um valor superior ao trabalho mental em detrimento do trabalho manual. Todo o arcabouço científico e filosófico desta visão é sedimentado por uma revolução que ocorre por volta dos séculos XVI e XVII, conduzida por pensadores como Copérnico, Galileu, Francis Bacon, Descartes, Isaac Newton, entre outros. Cria-se um modelo mecanicista; nasce um rigoroso determinismo (MEDINA, 1991).

De acordo com Morin (2002), o postulado determinista oculta o imprevisto, o novo e a invenção. O princípio da redução pode também cegar e conduzir a excluir tudo que não seja quantificável e mensurável, eliminando dessa forma o elemento humano do humano.

Coube a Merleau-Ponty trazer uma abordagem significativa de corporeidade, como a maneira específica da presença do homem no mundo. De acordo com esse autor, “o corpo não tem um papel de passividade e inércia, mas sim o de colocar-nos em contato com o outro e com o mundo” (CARMO, 2002: p 81 – 82).

Michel Foucault desmascarou os mecanismos da utilização dos corpos pelos poderes das instituições sociais (SANTINI, 1995: 41). Foucault refere que o corpo sempre foi alvo dos poderes instituídos e que a partir do século XVIII, com o desenvolvimento da racionalidade científica

desenvolve-se a concepção de corpo, primeiro como objeto-homem-máquina (que é treinado aperfeiçoado e controlado) e segundo, técnico – político, corpo inteligível integrado pela noção de docilidade (FOUCAULT, 1997 *apud* PITIÁ, MIRANDA, LIMA, GALERA 2002).

Hoje, a sociedade está intensamente marcada pela cultura da imagem. Assim, o corpo que se busca ter é como uma imagem de perfeição incitando ao narcisismo, submetendo-o como atrativo de consumo, o que implica num problema ético para a ética da estética. (DANTAS, 1994; SANTAELLA, 2004; SANTINI 1995).

Sobre as intervenções terapêuticas diretas no corpo das pessoas, vale tomar a questão do corpo reificado. “A reificação é um caso especial de alienação, sua forma mais radical e generalizada, característica da moderna sociedade capitalista. Significa igualmente a transformação dos seres humanos em seres semelhantes às coisas” (BOTTOMORE, 1983). Assim sendo, é imprescindível que o sujeito participe isento de qualquer alienação do seu processo de cura e da busca de melhores condições de qualidade de vida. Aceitar práticas alienadas e alienantes passivamente, bem como a homogeneização de comportamentos pautados por padrões rígidos de beleza é adormecer a capacidade reflexiva de estabelecer critérios pessoais a partir do próprio corpo.

Portanto, o profissional da saúde precisa estar atento às singularidades dos corpos, a sua expressividade, e fortalecê-las no intuito de romper com comportamentos estereotipados.

Referências Bibliográficas

- BOTTOMORE, T. *Dicionário do Pensamento Marxista*. Jorge Zahar Editor, 1983.
- CARMO, P.S.D. *Merleau-Ponty: uma introdução* São Paulo: Educ, 2002.
- CARVALHO, Y.M. *O mito da atividade física*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- DANTAS M. *O corpo na sociedade Pós-Moderna*. In: Pensando o Corpo e o Movimento. Rio de Janeiro: Shape ed, 1994, pp. 97 – 108.
- MEDINA, J.P. *O brasileiro e Seu Corpo: Educação e Política de corpo*. Campinas SP: Papirus, 1991.
- MORIN, E. *Os sete saberes necessários à Educação do futuro*. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2002.
- PITIÁ, ADCA; LIMA, GDM; MIRANDA, DNAF; GALERA, FAZ. *O corpo como Locus do cuidado*. Acta Paulista de enfermagem, São Paulo, v. 15, n.1.
- SANTAELLA, L. *Corpo e Comunicação: sintoma da cultura*. São Paulo: Paulus, 2004.
- SANTINI, S. *Educação Física: Ética, Estética, Saúde*. Edições Est, Porto Alegre, 1995.

¹ Educadora Física e Fisioterapeuta. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Infecções e Saúde Pública da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Área de Concentração: Saúde Coletiva, Instituto de Saúde. Email: rosib.@uol.com.br

PROFAE – uma política pública para a qualidade de vida?

Ana Aparecida Sanches Bersusa*

“O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, PROFAE, tem como objetivo o desenvolvimento de Recursos Humanos na Área de Saúde. Sua meta é assegurar os processos de formação técnica e educação profissional em saúde, com a qualificação e especialização de profissionais de enfermagem de nível médio e superior, visando a melhoria da qualidade dos serviços de saúde” (Conheça o PROFAE, 2000).

Não é difícil imaginarmos que o crescimento profissional pode vir a alterar a qualidade de vida de um indivíduo se considerarmos que ele passa a ter acesso a conhecimentos técnicos e gerais, que ele pode se diferenciar economicamente com salários maiores e que poderá aumentar sua satisfação no trabalho, sentindo-se mais seguro em prestar os cuidados.

Nosso envolvimento nesse projeto nos permite reunir tais mudanças em torno de dois aspectos: um deles, *no plano individual*, ocorre pelo crescimento profissional acessível aos trabalhadores já inseridos na rede, tanto para os atendentes que freqüentam curso de auxiliar de enfermagem, quanto para os auxiliares que se preparam para a condição de técnicos de enfermagem. Em um inquérito realizado pelo Instituto de Saúde, em parceria com o Centro de Formação de Recursos Humanos (CEFOR), junto a alunos do PROFAE que realizaram o curso de Técnico de Enfermagem nos CEFOR da Secretaria de Estado da Saúde (n= 654 alunos), verificou-se que para 32,1% deles o curso tinha significado de atualização profissional; para 16% significava aumento de responsabilidade; para 12,1%, melhor capacitação técnica; para 7,8% significava conquista social, profissional e econômica; e para 0,6 % o curso representava mudança de vida.

Aspecto especialmente revelado pelo inquérito é a percepção que a grande maioria dos alunos tem do compromisso do Projeto em produzir mudanças nas suas vidas profissionais e na sociedade.

O segundo aspecto da mudança propiciada, que se expressa no *plano coletivo*, se exerce sobre a população usuária do SUS, que de maneira imediata terá acesso a melhor qualidade na assistência recebida: o aluno, já inserido na rede de atenção, à medida que vai adquirindo novos conhecimentos e aprimoramentos, os coloca em prática no seu local de trabalho, mobilizando professores e trabalhadores do seu campo atuação.

O movimento criado por esse Projeto - estamos confiantes disso - produz resultados positivos simultaneamente na qualidade de vida das pessoas - alunos e professores - e, coletivamente, através da qualificação profissional dos trabalhadores da saúde e da qualidade da assistência prestada à população usuária do SUS.

Referência Bibliográfica

Conheça o PROFAE, 2000 (<http://www.profae.gov.br/>)



* Enfermeira Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde. Email: anab@isaude.sp.gov.br

Municípios e Comunidades Saudáveis: guia dos prefeitos para promover qualidade de vida da Organização Pan-Americana da Saúde

Cláudia Maria Bógus* e Daniele Pompei Sacardo**

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovou, em 1994, o Plano de Ação Regional para a Promoção da Saúde nas Américas. A partir dessa resolução do seu Conselho Diretivo, estratégias identificadas com a promoção e proteção da saúde das populações passaram a ser valorizadas como capazes de mudar a prática da saúde pública e de melhorar os múltiplos determinantes das condições de saúde. As principais linhas de ação estabelecidas no Plano e acordadas pelos países foram: 1- envolver nas ações os “tomadores de decisão”; 2 – fortalecer as comunidades locais no desenvolvimento das ações de saúde; 3 - desenvolver parcerias e mobilizar recursos financeiros, humanos e materiais; 4 - estabelecer políticas e planos de ação em promoção da saúde nas escolas, ambientes de trabalho e municípios, promovendo redes de apoio entre prefeitos e organizações não-governamentais; e 5 - apoiar pesquisas operacionais que monitorem a avaliação das experiências em promoção da saúde.

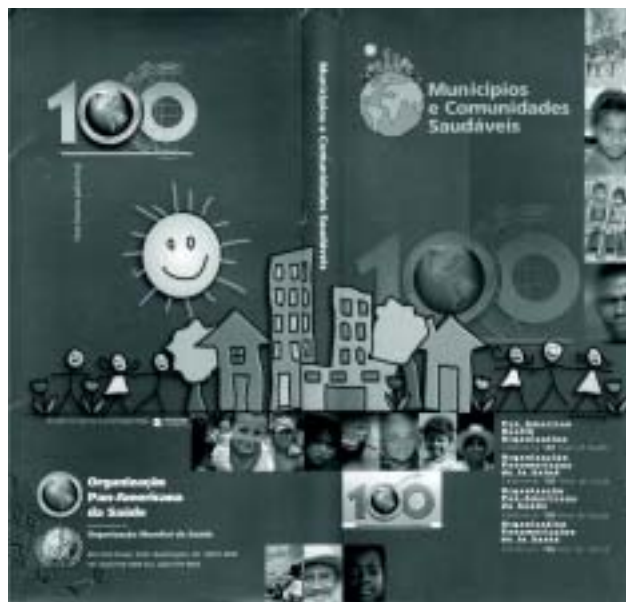
A OPAS tem acompanhado e reunido documentos e relatos sobre várias experiências e ações realizadas na região, tanto em relação à promoção da saúde, quanto às novas práticas da saúde pública. Tais experiências têm demonstrado que uma das estratégias mais bem sucedidas e efetivas é a de municípios e comunidades saudáveis (MCS).

Qualquer experiência de MCS começa com o desenvolvimento e/ou fortalecimento de uma parceria entre as autoridades locais, as lideranças comunitárias e os representantes dos vários setores públicos e privados, no sentido de posicionar a saúde e a melhoria da qualidade de vida na agenda política e como parte central do planejamento do desenvolvimento local/municipal/regional. Trata-se de uma forma de gestão das políticas públicas – não, exclusivamente, estatais - que privilegia o planejamento estratégico participativo e intersetorial para analisar e avaliar as necessidades da população, determinar prioridades e metas e monitorar as ações empreendidas.

Um aspecto fundamental para a disseminação das estratégias e ações que promovam a saúde e o desenvolvimento humano é a oferta de materiais e instrumentos que divulgam o tema, fazem a “abogacia” da promoção da saúde e contribuem com a capacitação local para a adoção de estratégias eficazes. Para tanto, desenvolveu-se o Guia dos Prefeitos para promover Qualidade de Vida, que vem sendo difundido pelas

representações da organização nos países da região. Esse material apresenta um instrumental básico para que as autoridades locais possam iniciar a implementação de estratégias de promoção da saúde, recomendando linhas de ação para a construção de um município ou comunidade saudável.

O Guia provê às autoridades locais e outros “tomadores de decisão” uma estratégia prática para promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas, visando resultados a curto, médio e longo prazos, através de políticas inovadoras e campanhas de educação pública. Esse material pretende ser um instrumento flexível e adaptável às distintas realidades, fornecendo uma estrutura básica de utilização da estratégia em diferentes contextos, após as necessárias adaptações e modificações. Para tanto, esclarece o leitor/gestor distante do setor saúde quanto a conceitos importantes para compreensão da proposta de MCS e da promoção da saúde, como: visão integral de saúde, participação comunitária, alianças e parcerias, políticas públicas saudáveis, sustentabilidade, conformação de redes e monitoramento e avaliação. Ou seja, apresentam-se os elementos essenciais para a implementação da estratégia de municípios e comunidades saudáveis e as diretrizes para sua avaliação.



* Pedagoga, Educadora em Saúde Pública.

Email: claudiab@isaude.sp.gov.br

** Psicóloga, Mestre em Saúde Pública

Capela do Socorro Saudável: um desafio para as políticas públicas

Fátima Madalena de Campos Lico*
Regina Mara Ramo Aneiros Fernandez**

O município de São Paulo vem realizando um complexo processo de descentralização político-administrativo. A Lei nº 13.399 de 1º de agosto de 2002 criou 31 subprefeituras, e, no presente artigo, trataremos da experiência da subprefeitura Capela do Socorro. Esta é a maior em termos populacionais, com 563.922 habitantes (FUNDAÇÃO IBGE, 2000), e a segunda maior em território, compreendendo 134 km² da porção sul do município. É constituída pelos distritos administrativos de Socorro, Cidade Dutra e Grajaú, sendo 82% de sua área abrangida pela lei de proteção aos mananciais. Caracteriza-se por possuir uma população jovem e pauperizada, o que contribui para elevadas taxas de mortalidade por homicídio e altos índices de gravidez na adolescência. Possui escassos recursos sociais, insuficientes equipamentos de saúde, problemas de infraestrutura urbana, revelando acentuado grau de exclusão social.

Essa subprefeitura vem acumulando uma experiência de gestão intersetorial que teve início em fevereiro de 2001, quando foi criado o NICS - Núcleo Intersecretarial da Capela do Socorro - com o objetivo planejar ações intersetoriais. Esse núcleo foi formalizado como Governo Local por Decreto Municipal em março de 2002, dando início ao processo de implantação das subprefeituras. Entre março e junho de 2002, realizou-se um processo de Planejamento Estratégico intra-governamental, que estabeleceu a *missão* de "Construir a Capela do Socorro ambientalmente saudável através do desenvolvimento sustentável e solidário, estimulando e contribuindo para a participação da população e o exercício de sua cidadania", além de 6 eixos de ação: saneamento ambiental, estruturação urbana, inclusão social, gestão pública, turismo sustentável e desenvolvimento rural.

Para implementar ações que conduzissem a melhor nível de qualidade de vida, adotou-se estratégia de Promoção da Saúde, denominada Cidades Saudáveis, colocando-se em prática uma nova forma de gestão, centrada na intersetorialidade, na participação e equidade social, bem como na co-responsabilização dos diversos segmentos da população local. Pode-se considerar uma cidade saudável como sendo aquela que coloca em prática, de modo contínuo, a melhoria de seu ambiente físico e social, utilizando os recursos de sua comunidade, objetivando oferecer aos seus cidadãos uma aptidão mútua em todas as atividades humanas que levem à sua plena realização (HANCOCK et al, 1986). Este conceito se relaciona com o de promoção da saúde, referindo-se à produção social da saúde no contexto das cidades, conforme a Carta de Otawa. Promoção da saúde "é um

processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo" (ASHTON, 1986:297).

Projeto Capela Saudável

Diante da complexidade dos problemas existentes na região e para viabilizar sua *missão*, a subprefeitura definiu um recorte territorial denominado U.P.P. – Unidade de Planejamento Participativo, que agrega dados produzidos pela Fundação IBGE a partir da reunião de setores censitários. Esse recorte constitui uma área "piloto", com 96.779 habitantes, no Distrito Cidade Dutra, onde está sendo desenvolvido o Projeto. Essa área concentra grande número de favelas, tem a maior densidade populacional da região, apresenta dados socioeconômicos medianos, contém o maior número de equipamentos públicos municipais e está classificada no Grupo 4 no índice de Vulnerabilidade Juvenil¹ (FUNDAÇÃO SEADE, 2002). Além disso, a região é estratégica, pois nela estão localizados três dos principais córregos contribuintes da Represa Guarapiranga, que abastece de água 33% da Região Metropolitana da Grande São Paulo.

O Projeto tem como objetivo geral a missão da subprefeitura e, pretende estabelecer um sólido processo de planejamento estratégico participativo, ancorado em uma participação social informada. Para sua implantação definiu-se como uma das estratégias a criação de uma comissão técnica composta por representantes das Coordenadorias² e do Gabinete da Subprefeitura.

* Psicóloga, doutoranda em Saúde Coletiva pela CIP/SES, mestre em Psicologia Social pela PUC/SP e assessora técnica da Coordenadoria de Saúde - Socorro, São Paulo, SP. Email: fatimalico@uol.com.br

** Educadora, mestranda em Educação pela FEUSP, especialista em Ação Cultural e assessora técnica da Subprefeitura da Capela do Socorro.

¹ Índice de vulnerabilidade Juvenil- elaborado para os 96 Das (Distritos Administrativos) a partir de cinco variáveis (taxa anual de crescimento populacional entre 1991 e 2000, porcentagem de jovens de 15 a 19 anos no total da população dos DAs, taxa de mortalidade por homicídio da população masculina de 15 a 19 anos, porcentagem de mães adolescentes de 15 a 17 anos no total de nascidos-vivos, valor do rendimento nominal médio do responsável pelo domicílio e porcentagem de jovens de 15 a 17 anos que não frequentam a escola), sendo o Grupo 1 o de menor vulnerabilidade e o Grupo 5 o de maior vulnerabilidade social.

² São Coordenadorias da subprefeitura: Assistência Social e Desenvolvimento; Saúde; Educação; Planejamento e Desenvolvimento Urbano; Administração e Finanças; Projetos e Obras Novas; Manutenção da Infra Estrutura Urbana

Em 08 de maio de 2003 realizou-se o I Seminário Capela do Socorro Saudável, quando foram apresentadas a proposta do Projeto e a estratégia de criação de 4 Comitês Locais nas Unidades Básicas de Saúde – UBS -, entendendo-as como centros articuladores das ações. Desde 22 de maio de 2003, são realizadas oficinas quinzenais de trabalho nas UBS com o objetivo de definir prioridades e elaborar um plano de ação local. A comissão técnica coordena as oficinas articulando os diversos atores do Projeto e mantendo atualizado o registro da experiência, bem como o monitoramento do processo.

Foi constituído um Comitê Geral, do qual participam representantes da subprefeitura, dos Comitês Locais, das Universidades, do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação sobre Cidades Saudáveis, da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS -, a Comissão Técnica e demais parceiros do Projeto. Em oficinas de trabalho, esse Comitê definiu dois eixos norteadores das ações: saneamento ambiental e criação de espaços saudáveis.

Em dezembro de 2003 foi realizado no SESC Interlagos o “Seminário Internacional Cidades Saudáveis: a experiência em metrópoles”, quando foi assinado o Termo de Cooperação Técnica entre a Prefeitura do Município de São Paulo e a OPAS/OMS, marcando o ingresso oficial da cidade no Movimento Internacional de Municípios Saudáveis.

Avanços e Desafios

Entre os avanços percebidos até o momento, destacamos o estabelecimento de uma diretriz pluralista e inclusiva voltada para o “empoderamento” social, ou seja, maior influência e controle sobre os determinantes de saúde e qualidade de vida, e a definição do projeto como estratégico e estruturante para a subprefeitura, constituindo-se em uma experiência de gestão integrada e participativa.

Representantes de vários setores da comunidade e membros dos conselhos gestores de unidades de saúde têm participado ativamente da construção de espaços saudáveis, realizando mutirões de limpeza, atividades educativas, culturais, de lazer e esportes, procurando envolver e ampliar a participação da população. Iniciativas voltadas para a qualidade de vida ganharam mais força e o espaço local vem se afirmando como um marco estratégico na construção de novas práticas e de compromissos públicos para a melhoria da qualidade de vida, por meio da gestão social, onde o poder local e os diferentes atores sociais desempenham o papel de promotores e articuladores de políticas públicas, desde a sua definição até a implementação e monitoramento das ações (SILVEIRA et al, 2002).

Uma experiência dessa natureza, inserida em um processo de descentralização administrativa, exige a permanente construção de consensos, pactos e compromissos entre os atores envolvidos. A intersetoria-

lidade “articulação de saberes e de experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar o efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social” (JUNQUEIRA & INOJOSA, 1997) - e a sustentabilidade são dois grandes desafios para o Projeto. Destaca-se ainda, a necessidade de se evitar a partidização política da estratégia adotada, o que poderia fragilizá-la diante do processo democrático de alternância no poder.

Conclusão

A adoção dos pressupostos de descentralização e intersetorialidade traz implícito uma nova concepção de gestão das cidades, o que não implica em mudanças efetivas nas práticas organizacionais, pois estas só ocorrem quando há transformação de valores da cultura organizacional e participação dos diversos segmentos da sociedade (JUNQUEIRA, 1997). Mudar a lógica de gestão das políticas setoriais para das intersetoriais não é uma tarefa fácil: o Projeto se propõe a efetivar essa mudança, construindo uma nova forma de gestão municipal, integrando saberes, recursos, estruturas e processos organizacionais, caracterizando-se pela co-responsabilidade dos diferentes setores governamentais e da sociedade civil para dar respostas mais efetivas à população do território, garantindo-lhe uma vida com qualidade.

Referências Bibliográficas

- ASHTON, J et. Al. *Health cities WHO new public health initiative. Health Promot.*, 1986.
- FUNDAÇÃO IBGE. Censo demográfico 2000. Rio de Janeiro 2000.
- FUNDAÇÃO SEADE. Índice de Vulnerabilidade juvenil. São Paulo 2002. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/ivj/>.
- HANCOCK, T. & DUHL, L. *Health cities: promoting health in the urban context*. Copenhagen, WHO, 1986.
- JUNQUEIRA L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: Descentralização e intersetorialidade. *Rev. Saúde e Sociedade: Cidades Saudáveis*. Faculdade de Saúde Pública da USP e Associação Paulista de Saúde Pública, São Paulo, 6 (2) : 31-45, agost/dez, 1997.
- JUNQUEIRA, L.A.P. & INOJOSA, R.M. **Desenvolvimento social e intersetorialidade: a cidade solidária**. São Paulo, FUNDAP, 1997.
- PMSP/ARCS. Plano de Ação do Governo Local da Capela do Socorro, julho, 2002.
- PMSP/SPCS. Projeto Capela do Socorro Saudável, março, 2003.
- SILVEIRA C; BOCAYUVA C e ZAPATA T. Ações integradas e desenvolvimento local: tendências oportunidades e caminhos. In: Spink P; Caccia Bava S. e Paulics V. *Novos contornos da gestão local: conceitos em construção*. São Paulo, Pólis, 2002.

Um olhar sobre a qualidade de vida de Francisco Morato

Cristiane de Araújo*
Jacqueline Serafim de Freitas**
Márcia Alves Santana**
Tiago Noel Ribeiro**

Este artigo tem como objetivos descrever o município de Francisco Morato (FM), principalmente através de indicadores utilizados para medir a Qualidade de Vida (QV), e auxiliar no desenvolvimento de sete pesquisas do projeto matricial "Efeitos da Regionalização sobre o Sistema de Saúde: Estudo de Caso", que serão realizadas nesta cidade por alunos do Curso de Aprimoramento em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde/SES/SP/Fundap 2003/2004.

Para realizar essa descrição, utilizaremos o conceito de QV adotado por Minayo *et al.* (2000), as impressões deixadas por visitas realizadas à cidade e os seguintes indicadores: IPRS (Índice Paulista de Responsabilidade Social – SEADE) de 2000; ICVS (Índice de Condições de Vida e Saúde – NISIS/IS/SES/SP) de 2002; IRSS (Índice de Resposta dos Serviços de Saúde – NISIS/IS/SES/SP) de 2002; e IDH- M (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – SEADE) de 2000.

O conceito de QV é heterogêneo, amplo e recebe diversas interpretações e definições. Adotamos, neste artigo, a definição de Minayo *et al.* (2000), segundo a qual a noção de QV se pauta em três dimensões que se complementam: a primeira relaciona-se ao modo, condições e estilos de vida; a segunda associa idéias de desenvolvimento sustentável e de ecologia humana; e a terceira relaciona-se com o campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais.

O município de Francisco Morato localiza-se na Grande São Paulo, a 45 km da capital. A aproximação com a realidade da cidade através de visitas nos mostrou a precariedade de sua infra-estrutura. Numa região de terreno acidentado, as residências foram construídas de forma aglomerada, com esgoto a céu aberto em muitas regiões e com poucos e distantes unidades básicas de saúde. Observa-se uma grande quantidade de crianças e adolescentes nas ruas, sem referência a espaços públicos de lazer e cultura. Com relação à atividade econômica, o pequeno comércio parece ser predominante e fundamental para a população local.

A área do município é de 49,16 km² e 50% dos munícipes residem em áreas de ocupação irregular¹. A população estimada é de 149.096 habitantes (IBGE, 2004), com a seguinte composição etária: 45,74% dos habitantes têm entre 0 e 19 anos de idade, 50,28%, entre 20 e 59 anos e 3,98%, mais de 60 anos.

Segundo dados do DATASUS (BRASIL, 2004), as maiores causas de mortalidade no município em 2000

foram: agressões (59,8 por cem mil habitantes), infarto do miocárdio (44,9 por cem mil habitantes) e doenças cerebrovasculares (36,6 por cem mil habitantes). A incidência de mortes por agressão predominou na população masculina, na faixa dos 15 aos 49 anos².

O coeficiente de mortalidade infantil em FM no ano de 2002 – 17,68 por mil nascidos vivos – encontrava-se acima da média estadual de 15,08 por mil nascidos vivos (SES/SP, 2004). Da mesma forma, o coeficiente de mortalidade materna, reflexo da assistência ao parto e do puerpério, foi de 50,35 óbitos por 100.000 mulheres em idade fértil no ano de 2000, enquanto, no Estado de São Paulo, esse índice foi de 34,66 (SÃO PAULO/SES, 2004).

Quanto ao nível educacional, em 2000, a taxa de analfabetismo da população maior de 15 anos era de 10,8% (SEADE, 2004). Com relação ao saneamento básico, segundo dados de 2000, o município dispunha de rede geral de abastecimento de água para 92% dos domicílios. Quanto à rede de esgoto, em 2000, 26,1% das residências possuía rede de esgoto ou pluvial e 49,1%, fossa rudimentar (IBGE, 2004). Em 2000, 83% do lixo produzido era coletado e 10,1%, queimado (IBGE, 2004).

De acordo com o IPRS (Índice Paulista de Responsabilidade Social) de 2000 (SEADE, 2004), FM encontra-se no grupo 5 (baixo desenvolvimento econômico e social). Os municípios desse grupo possuem baixa riqueza municipal, baixa longevidade e escolaridade média. O grupo 5 engloba municípios de pequeno porte, muitos deles predominantemente rurais, marcados pela lógica da pobreza e pela dificuldade local em propiciar avanços significativos no campo social. No âmbito da administração estadual do setor da saúde, FM pertence à DIR IV (Diretoria Regional de Saúde de Franco da Rocha), composta, também, pelos municípios de Franco da Rocha, Cajamar, Caieiras e Mairiporã. Comparando-se FM aos demais municípios abrangidos pela DIR IV, verifica-se que Franco da Rocha se encontra no mesmo grupo de FM, Cajamar e Mairiporã estão no grupo 2 (economicamente dinâmico, mas com baixo desenvolvimento social); Caieiras situa-se no grupo 1 (município pólo).

* Fonoaudióloga, Aprimoranda do Instituto de Saúde-2003/2004.
Email: cristianeivankiu@ig.com.br

** Psicólogo, Aprimoranda do Instituto de Saúde-2003/2004

¹ Informações da Administração Municipal em 05/12/2003

² Informações da Administração Municipal em 05/12/2003

Em relação ao ICVS – que considera a dimensão biológica, renda, habitação, educação e serviços de saúde –, FM ocupa a 591ª posição entre os 645 municípios paulistas avaliados. Cajamar classifica-se em 315º lugar, Mairiporã, em 350º, Caieiras, em 415º e Franco da Rocha, em 445º (NISIS, 2002).

Analisando os resultados do IRSS (Índice de Resposta dos Serviços de Saúde) – que combina o coeficiente de mortalidade proporcional em menores de um ano, o índice de óbitos mal definidos e o índice sintético de óbitos evitáveis por doenças crônicas, infecciosas e por causas externas (NISIS, 2002) –, observa-se que FM ocupa o 624º lugar dentre os 629 municípios paulistas avaliados. Cajamar ocupa o 46º lugar; Mairiporã, o 53º, Franco da Rocha, o 54º e Caieiras, o 234º.

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 2000 – que combina indicadores de longevidade, escolaridade e renda –, FM classifica-se em 586º lugar entre os 645 municípios do Estado de São Paulo (SEADE, 2004). Os outros municípios que compõem a DIR IV situam-se nas seguintes posições: Caieiras no 95º lugar, Mairiporã no 151º, Cajamar no 276º e Franco da Rocha no 332º (SEADE, 2004).

Todos os índices citados apontam para uma qualidade de vida precária em Francisco Morato. Tendo em perspectiva a definição de Minayo *et al.* (2000), podemos fazer algumas considerações relacionando o conceito de QV e a realidade municipal apresentada.

Verifica-se, ao analisar a pirâmide populacional do município, um afinamento entre 20 e 49 anos, o que pode ser em parte explicado pelo alto índice de mortalidade por agressões. Isso contribui para diminuir a longevidade, além de aumentar o índice de mortalidade por causas evitáveis e indica que ações de atenção básica em saúde, tanto preventivas quanto curativas, precisam ser reavaliadas e aprimoradas.

O fato de 50% dos habitantes residirem em áreas de ocupação irregular indica um baixo poder aquisitivo dos moradores e, conseqüentemente, um baixo nível de arrecadação municipal. Essa realidade contribui para que o município tenha recursos financeiros restritos, o que, por sua vez, dificulta o desenvolvimento de ações que visem à melhoria da qualidade de vida de seus moradores. Além disso, a ocupação desordenada dos terrenos pode ter contribuído para uma rede de saneamento básico insuficiente, prejudicando a saúde da população e dificultando o alcance das ações preventivas.

Ao comparar os indicadores de FM com os dos demais municípios que compõem a DIR IV, constata-se que Cajamar, Mairiporã e Caieiras apresentam melhores índices de QV do que Francisco Morato e Franco da Rocha. Tal fato nos leva a considerar que, através da cooperação entre os municípios, compartilhando projetos bem sucedidos em diferentes áreas e encontrando necessidades / objetivos comuns, é possível promover a melhoria da QV e o desenvolvimento da região.

Conclui-se que FM apresenta dificuldades em infraestrutura (saneamento básico e habitação) e nas áreas educacional, econômica e de saúde. Investimentos em saneamento básico e nos serviços de saúde – tanto no que tange à promoção quanto no tocante à recuperação da saúde – fazem-se necessários para melhorar as condições de vida da população. Investimentos em habitação, além de favorecer a saúde, propiciariam aumento na arrecadação municipal, o que levaria o município a obter mais recursos para aplicar no setor social. Nota-se que o pequeno comércio é uma vocação local. Incentivá-lo, através de políticas de microcrédito, cooperativas etc, pode contribuir para o desenvolvimento da economia local. É, também, inegável que investir em educação é fundamental para o desenvolvimento em todas as áreas, inclusive para incrementar a participação popular.

O texto apontou possibilidades e restrições de se apreender o município de FM através das informações utilizadas. Tão importante, porém, quanto a descrição deste campo diversificado é a necessidade da participação dos munícipes de FM na busca por soluções. Trata-se de uma representação, não só refletida em números que ilustram as precariedades do município, mas que evidencia também o potencial planejador que reside nos indicadores de saúde e de condições de vida, quando utilizados para o debate sobre as necessidades e para orientar as ações públicas - estatais ou privadas.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 15/02/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde – DATASUS. Caderno de Saúde do Município de Francisco Morato [online] Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 17/02/2004.

FUNDAÇÃO SEADE. Informações dos Municípios Paulistas. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>. Acesso em 19/02/2004.

FUNDAÇÃO SEADE. Perfil Municipal de Francisco Morato. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/perfil/index.html>>. Acesso em 10/03/2004.

MINAYO, M. C. S *et al.* Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 5 (1), p. 7-18, 2000.

NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE – NISIS. Instituto de Saúde. Quantos Brasis? Equidade para locação de recursos do SUS, 2002. São Paulo: No AR Estúdios. CDROM.

SÃO PAULO (Estado). SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES/SP). Indicadores para avaliação do sistema - 2002. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br>>. Acesso em 10/03/2004.

Percepção de gestores municipais sobre a implementação de agendas de qualidade de vida

Cláudia Maria Bógus*; Rosilda Mendes** e Marco Akerman***

A complexidade dos problemas urbanos contemporâneos tem feito com que muitas das cidades brasileiras se insiram em movimentos que têm por objetivo a melhoria da qualidade de vida, filiando-se a distintas agendas sociais, como *Cidades/Municípios Saudáveis, Agenda 21*, entre outros. Tais propostas, guardadas suas especificidades, pressupõem pessoas vivendo em um dado território, enfrentando problemas concretos que demandam novas formas de gestão local, baseadas na intersetorialidade, na participação social e na equidade para atingir a qualidade de vida.

A implementação de políticas sociais com esse enfoque implica na superação de políticas setoriais e o privilegiamento de projetos articulados com ênfase na participação do cidadão, tanto no planejamento quanto na avaliação. Há um consenso de que uma política substantiva de descentralização deva ter o município como foco e as autoridades e técnicos do nível local, preparados para a gestão comprometida com o aumento da eficiência do sistema e com a geração da equidade, por meio de ações com capacidade de discriminação positiva (KISIL, 1998). Aos gestores municipais cabe um papel central na efetivação dessa lógica de governo, com reorientação do desenho institucional, potencializando a ação comunicativa entre dirigentes, profissionais e população.

Considerando a questão da implementação dos projetos de políticas públicas locais, com enfoque na melhoria da qualidade de vida, foi realizado um estudo com o objetivo de identificar a percepção de gestores municipais, identificados como atores-chave importantes na implementação desses projetos. Foram feitas entrevistas individuais e em profundidade, com roteiro semi-estruturado, em dois municípios que adotam projetos de *Municípios Saudáveis* - Limeira e Bertioga - e dois outros que estão desenvolvendo projetos intersetoriais que se aproximam do ideário da *Agenda 21*: Santo André e Piracicaba (ver Quadro 1).

Os resultados apontam que, no Brasil, os projetos *Municípios Saudáveis* são recentes e tiveram início nos anos de 1990, quando algumas universidades e instituições apoiaram e incentivaram a discussão e o desenvolvimento desses projetos, visando à formação de uma rede como uma estratégia que possibilitasse ampliar o movimento no país (MENDES, 2000).

No caso das iniciativas analisadas nesse estudo e que adotaram a estratégia de *Municípios Saudáveis* como referência, confirmou-se a tendência de que instituições acadêmicas e organismos internacionais e nacionais do setor da saúde induziram o seu surgimento e implementação. Essa "indução" caracterizou-se, também,

pela influência de outros atores externos, como a Organização Pan-Americana de Saúde e o Ministério da Saúde. Isso determinou o protagonismo e a liderança inicial do setor da saúde.

WESTPHAL & MENDES (2000) reiteram que construir, no interior de um governo, a marca Município Saudável não é uma questão fácil de ser equacionada, já que, muitas vezes, o adjetivo saudável parece relacionar-se exclusivamente à área de saúde, o que gera dificuldades com as outras secretarias de governo. Isso reafirma a necessidade de que esses projetos sejam articulados com outras forças políticas e instâncias de controle social.

A Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e a Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC Campinas), com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde, acompanharam dois projetos com a marca municípios saudáveis: *Projeto Bertioga Município Saudável* (B) e *Projeto Limeira Saudável* (L), desde o ano de 1999.

(L) "Essa iniciativa veio para a Secretaria da Saúde, em meados de 98 através da PUC Campinas, que dava uma assessoria em outras áreas e ela que nos trouxe essa idéia do Município Saudável, começamos a conversar sobre esse estilo de governar (...); o prefeito se empolgou muito, achou isso muito interessante (...)." "

(B) "*O trabalho junto com a universidade é importante. O diagnóstico realizado em conjunto foi bem feito, todos os levantamentos, os grupos e as oficinas realizadas nos bairros da cidade. Foram elencadas as necessidades e as prioridades*".

Nesses dois municípios, a aproximação com a proposta foi justificada pelo seu potencial de organizar ações com vistas à melhoria da qualidade de vida para além do setor saúde que tem sido, em muitos casos, o impulsionador do processo. Também houve referência significativa ao fato de representar uma forma alternativa de gestão local, com forte ênfase na intersetorialidade e na participação social, que são os principais componentes da proposta de *Municípios Saudáveis* (WESTPHAL & MENDES, 2000).

(L) "O que atraiu foi a questão de ser uma maneira diferente, inovadora de se trabalhar a qualidade de vida, não só dentro da Secretaria da Saúde, mas num todo, na Prefeitura como um todo, envolvendo todo mundo (...)." "

Nas outras duas iniciativas, *Santo André Cidade Futuro* (SA) e *Piracicaba 2010: realizando o futuro* (P), a

* Pedagoga, Educadora em Saúde, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde e Pesquisadora do Cepedoc Cidades Saudáveis. Email: claudiab@isaude.sp.gov.br

** Bióloga, Pesquisadora do Cepedoc Cidades Saudáveis.

*** Médico, Professor Titular da Faculdade de Medicina da Fundação ABC, Pesquisador do Cepedoc Cidades Saudáveis.

“ancoragem local” foi o que caracterizou fundamentalmente o processo de implementação. O papel de liderança concentrou-se, desde o início, no prefeito, afastando-se da liderança de um setor específico do governo, com forte apoio da sociedade civil ou teve, como base fundamental, a sociedade civil, incluindo o setor privado.

Nesses municípios, o setor saúde participou das iniciativas, não como indutor, mas como integrante do processo. As propostas possíveis de serem executadas pelo setor saúde foram definidas no processo mais amplo de planejamento estratégico para o município.

(SA) “Tem um longo antecedente. O prefeito de Santo André sempre teve uma visão estratégica da cidade, uma proposta de pensar estrategicamente a cidade”.

(P) “(...) para a formação da ONG, para tudo isso, nós obtivemos recursos das empresas. (...) nós temos uma lista dos patrocinadores que, até então, ajudaram e nos deram recursos para que nós pudéssemos executar o plano. Daqui para frente (...), os projetos não serão patrocinados pela ONG. Cada projeto, cada grupo de impulso que vai trabalhar num projeto, seja ele do governo, da sociedade civil, seja ele um mix, esse grupo tem que olhar o projeto como um todo.”.

Nesses casos, as iniciativas tiveram como ponto de partida a identificação da necessidade de construção de uma visão estratégica de cidade, tendo como referência, explícita ou não, a proposição da *Agenda 21* na busca de um modelo alternativo para o desenvolvimento sustentável (econômico, social e ambiental), elegendo um problema aglutinador que permitisse a mobilização social e, portanto, a participação social (SORRENTINO & TASSARA, 1999; JUNQUEIRA, 2000).

(SA) “Ele cria um grupo com empresários, sindicalistas, produtores culturais, representantes da diocese, da igreja católica, enfim um mix de pessoas da comunidade e, com esse grupo, ele começa a discutir os problemas de Santo André (...) e começa a discutir com essas pessoas possibilidades, alternativas possíveis para o futuro dessa cidade (...)”

(P) (...) a iniciativa surgiu da necessidade de você ter um planejamento mais a longo prazo (...) Porque você vai criar uma visão de longo prazo, coisa que nós sentimos muito a falta hoje na administração pública. Você não tem visão a longo prazo, você tem projetos acontecendo de acordo com as necessidades(...)”.

Ainda com relação ao processo de implementação das iniciativas, identificou-se, em todos os casos analisados, forte mobilização social. Estudos têm apontado a importância do protagonismo da sociedade civil, por meio de grupos organizados, pois são eles que vivem e sentem os problemas da cidade no seu cotidiano. As soluções são mais reais e efetivas se discutidas em um fórum aberto e democrático (WESTPHAL, 1997; RUIZ, 1998).

A principal diferença entre as iniciativas investigadas relaciona-se com o foco para onde é dirigida tal mobilização. Nos municípios de Bertioga e Limeira a mobilização social foi dirigida para a proposição e realização de ações, de acordo com as demandas definidas como prioritárias e, nos municípios de Santo André e Piracicaba, essa mobilização voltou-se para a

elaboração de um planejamento estratégico integrado.

A mobilização social para ações priorizadas é uma forma de ampliar as capacidades que cada setor tem, ao atuar isoladamente, e de estimular a realização de projetos integrados que se concretizem em propostas e ações específicas, tais como: Bairro Saudável em Limeira e Projeto Guarani e Plano Diretor Municipal em Bertioga.

A mobilização social para o planejamento estratégico integrado tem por objetivo planejar e construir uma cidade para o futuro e dirige-se para a elaboração de macro-projetos que permitam e contemplem ações nos vários setores, tais como as 450 ações no caso de *Santo André Cidade Futuro* e 52 macro-projetos no caso de *Piracicaba 2010: realizando o futuro*.

Por meio das entrevistas realizadas, constatou-se que existem possibilidades e grupos sociais com potencial de promover a mudança. A cidade é o campo privilegiado de ação, onde a adoção de princípios como descentralização, intersectorialidade, participação social e rede social, estimula a construção de um desenho estratégico organizacional que permite construir um processo factível e viável de intervenção social.

Referências Bibliográficas

- JUNQUEIRA, R. G. P. Agendas sociais: desafio da intersectorialidade na construção do desenvolvimento local sustentável. *Revista de Administração Pública*, 34 (6), p. 117 – 130, 2000.
- KISIL, M. *Gestão da mudança organizacional*. São Paulo. Série Saúde & Cidadania, v. 4, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1998.
- MENDES, R. *Cidades saudáveis no Brasil e os processos participativos: os casos de Jundiá e Maceió*. Tese de doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- RUIZ, G. *Análisis de la participación social en el movimiento municipios saludables en América Latina*. Dissertação de Mestrado, Facultad de Medicina, Université Laval, Laval, Canadá, 1998.
- SORRENTINO, M.; TASSARA, E. T. O. Educando para o desenvolvimento sustentável. In: Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal (CEPAM). *O município no século XXI: cenários e perspectivas*. São Paulo: CEPAM, 1999, p. 185 – 190.
- WESTPHAL, M. F.; MENDES R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersectorialidade. *Revista de Administração Pública*, 34 (6), p. 47 – 61, 2000.
- WESTPHAL, M. F. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. *Saúde e Sociedade*, 6 (2), p. 9 – 18, 1997.

Quadro 1 – Informantes entrevistados por cidade

CIDADES	PROJETOS	ENTREVISTADOS
BERTIOGA	<i>Bertioga Município Saudável</i>	Secretário Adjunto Secretária da Educação
LIMEIRA	<i>Limeira Saudável</i>	Prefeito atual Ex-Prefeito Coordenadora atual do projeto Ex-Coordenadora do projeto Secretário da Saúde
SANTO ANDRÉ	<i>Santo André Cidade Futuro</i>	Secretária Municipal do projeto Secretário da Saúde
PIRACICABA	<i>Piracicaba 2010: realizando o futuro</i>	Secretário Executivo do projeto Secretário da Saúde

Alimentação saudável e Escolas: possibilidades e incoerências

Paulo Henrique Nico Monteiro* e Renata Bertazzi Levy-Costa**

“Alimentação de qualidade é fundamental para garantir uma boa qualidade de vida. Somos o que comemos e como comemos” (VALENTE, 2002).

Na elaboração deste texto, partimos da citação acima e das seguintes premissas: 1) uma alimentação saudável é fator determinante da melhoria da qualidade de vida; 2) a escola é um espaço privilegiado para a promoção da saúde, no tocante à melhoria da qualidade alimentar dos alunos.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN's) – documentos oficiais que vêm norteando, desde o final da década de 1990, as propostas pedagógicas das escolas, em seu Tema Transversal “Saúde” – definem como conteúdos dessa área a “identificação dos alimentos disponíveis na comunidade e de seu valor nutricional” e “a valorização da alimentação adequada como fator essencial para o crescimento e desenvolvimento, assim como para a prevenção de doenças, como a desnutrição, anemias ou cáries” (BRASIL, 1997). Expressa-se, nesses documentos, a relação existente entre questões relacionadas à qualidade da alimentação e o papel da escola como espaço privilegiado para a aquisição de conhecimentos relativos a esse tema e para o desenvolvimento de hábitos saudáveis referentes à alimentação.

Tradicionalmente, a abordagem de questões ligadas a temas que não se encaixam na divisão disciplinar escolar, como a alimentação, vem sendo marcada por momentos em que especialistas, em geral ligados à área da saúde (médicos, nutricionistas etc.), vão às escolas para eventos de caráter pontual, muitas vezes sem avaliação e, em geral, sem continuidade.

Entendemos que questões relativas às possibilidades de acesso à alimentação saudável, ao conhecimento de especificidades socioculturais locais e ao desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis devem tornar-se objeto de trabalho dos professores e devem ser entendidas como uma temática a ser incorporada no trabalho cotidiano de sala de aula pelas diversas disciplinas e séries, tornando-se, portanto, curricular. Coloca-se, então, a necessidade da existência de professores que compreendam o caráter interdisciplinar dessa temática e que consigam incorporá-la nos seus planejamentos de ensino, com o fim de traduzi-la em aprendizagens a serem adquiridas pelos alunos.

Entendemos, também, que o ambiente escolar interfere de maneira significativa na formação dos alunos e que, portanto, deve ser objeto de análise dos professores e dirigentes escolares. Corre-se o risco de uma profunda incoerência entre o que é aprendido em sala “como certo” e as práticas e posturas das escolas. Especialmente no tema da qualidade da alimentação, uma questão que salta aos olhos é a incoerência entre o discurso pedagógico e as práticas alimentares, tanto das merendas escolares quanto da oferta de alimentos nas cantinas das escolas e nas redondezas.

O país deu um grande passo para a melhoria da qualidade da alimentação escolar com a municipalização do Programa de Merenda Escolar, iniciada em 1983 em São Paulo e, em 1985, em nível federal. A merenda escolar

que, até o momento, era composta por multi-misturas – que, além de industrializadas, possuíam baixa aceitação pelas crianças – passou a oferecer alimentos *in natura*, como, arroz, feijão, carnes, verduras e frutas, conforme a época de safra e a cultura regional (STEFANINI, 1998).

Paralelamente ao consumo da merenda fornecida pela escola, atuam as cantinas escolares, que oferecem alimentos que, de maneira geral, não trazem benefício algum à saúde dos escolares. Tais alimentos possuem alta densidade energética, baixa densidade de micronutrientes e quantidades excessivas de sódio, açúcares e gorduras – componentes esses que têm como característica o aumento de sua palatabilidade.

Preocupados com o rápido aumento na prevalência de obesidade entre crianças e adolescentes (10 a 17 anos) observado no Brasil – de 1% em 1975 para 4,6% em 1997 (região Nordeste) e de 2,5% em 1975 para 12,9% em 1997 (região Sudeste) –, alguns municípios e estados brasileiros passaram a tomar iniciativas de regulamentação da venda de alimentos em cantinas escolares e arredores da escola. Em junho de 2001, Florianópolis sancionou uma lei regulamentando os alimentos vendidos nas cantinas escolares do município. Em dezembro de 2001, tal lei passou a ser estadual. A cidade do Rio de Janeiro conseguiu, em abril de 2002, a aprovação da regulamentação da venda de alimentos em cantinas das escolas públicas situadas no município. Em São Paulo, um projeto de lei, elaborado em 2001, que restringe a venda de certos alimentos nas cantinas de escolas públicas estaduais está parado, à espera de ser votado.

Algumas iniciativas importantes no sentido de aproximar o discurso pedagógico das práticas alimentares no ambiente escolar vêm sendo implementadas. Cabe-nos perguntar como os setores da saúde e da educação do Estado de São Paulo vêm atuando na proposição de ações intersetoriais que possam contribuir para a melhoria da qualidade da alimentação da população escolar.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura, Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros Curriculares Nacionais: meio ambiente e saúde*. Brasília, 1997.

STEFANINI, M. L. R. *Merenda Escolar: história, evolução e contribuição no atendimento das necessidades nutricionais das crianças*. Tese de doutoramento – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.

VALENTE, F. L. S. (Org.) *Direito Humano à alimentação: desafios e conquistas*. São Paulo: Cortez, 2002.

* Educador, Pesquisador Científico do Instituto de Saúde.

Email: monteiro@isaude.sp.gov.br

** Nutricionista, Mestre em Saúde Pública, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde.

Educação preventiva integral: desafios para os gestores da saúde e educação

Renato Barboza* e Lígia Rivero Pupo**

Desde 1996, a Secretaria de Estado da Educação de São Paulo, através da Fundação para o Desenvolvimento da Educação, em parceria com a Secretaria da Saúde, implantaram o programa "Prevenção Também se Ensina", objetivando a redução da incidência das DST/Aids e do abuso de drogas entre adolescentes da rede pública de ensino fundamental e médio. Este programa atingiu 100% das diretorias de ensino; 4.635 educadores capacitados; 3.468 escolas (58% da rede); 3.500.000 alunos beneficiados por ações preventivas.

Segundo a UNESCO, a escola é um espaço privilegiado para desenvolver ações preventivas que contribuam para formação de valores e atitudes, voltadas para melhoria da qualidade de vida.

Estudos para estimar a prevalência do consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes de dez capitais brasileiras, realizados nos anos de 1987, 89, 93 e 97 pelo CEBRID, indicam na análise do conjunto, tendência de aumento do uso freqüente de drogas (uso de drogas seis ou mais vezes nos últimos trinta dias que antecederam a pesquisa), destacando-se na análise do conjunto, a maconha, os ansiolíticos, os anfetaminicos e a cocaína.

Na amostra da Região Metropolitana de São Paulo, as drogas de uso freqüente são: maconha, cocaína, tabaco e álcool. Entre os usuários, 33,0% apresentaram três anos ou mais de defasagem escolar, do que entre os não-usuários (20,2%).

Dados epidemiológicos do período de 1980 a dezembro/2002, indicam que a faixa etária de dez a dezenove anos, representa 12,4% do total de casos de Aids notificados no Estado (116.733). Cabe destacar que 20,9% dos casos, referem-se à faixa etária de vinte a vinte e quatro anos, indicando que um número significativo de pessoas, se infectaram no período da adolescência.

Portanto, a vulnerabilidade da população jovem às DST/Aids, ao uso indevido de drogas e à gravidez não planejada são demandas sociais e importantes desafios para os gestores nas áreas da Saúde e Educação.

A complexidade das ações preventivas exige que estas sejam discutidas não apenas no âmbito do comportamento individual, mas também no seu aspecto coletivo, atendo-se ao contexto sociocultural, no qual o indivíduo está inserido.

Desde a década de 90, o conceito de vulnerabilidade tem contribuído para fundamentação teórico-metodológica e formulação de propostas de programas na área de Educação Preventiva. Para além do risco individual ou coletivo, a noção de vulnerabilidade aponta que todas as pessoas, possuem algum grau de risco frente aos diferentes problemas de saúde e estes são determinados por fatores individuais, sociais e institucionais.

O Ministério da Educação define *Educação Preventiva Integral* como um "processo de formação para o exercício

da cidadania, apoiado na análise das condições de vida da população, seus padrões de comportamento, valores culturais, atitudes e crenças," tendo como finalidade a implementação de políticas públicas.

A Carta de Otawa (1986) aponta como elementos fundamentais a promoção de políticas públicas, a participação comunitária e a responsabilização dos governos, em diferentes níveis, nas ações voltadas à proteção da população.

A Educação, enquanto processo de interação e formação de sujeitos, constitui-se em espaço social para a construção de valores e atitudes saudáveis, promovendo o desenvolvimento da autonomia e do senso de responsabilidade individual e coletiva de crianças, adolescentes e também das instituições.

Sendo assim, a prevenção deve ser responsabilidade intrínseca da Saúde e da Educação, setores que devem atuar de forma integrada e a partir de princípios norteadores, permitindo recompor a fragmentação existente nas práticas tradicionais de educação em saúde. Essas ações devem ser contextualizadas, contínuas e com a participação de diferentes segmentos da comunidade.

Desafios para os gestores

- Elaboração de agenda conjunta, articulando em nível local as pastas da Saúde e Educação para implementação de políticas públicas em Educação Preventiva Integral;
- Instrumentalização dos profissionais da Saúde e Educação para atenção integral à população adolescente;
- Desenvolvimento de programas eficazes, que possam minimizar os determinantes da vulnerabilidade da população jovem e a desarticulação entre a rede pública de ensino e de saúde.

Referências bibliográficas

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. - IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º graus em 10 Capitais Brasileiras. CEBRID, 1997.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, Programa Estadual DST/AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS – Raça/Cor e Mortalidade. CVE Ano XXII, Número 1, Outubro 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO. Secretaria de Projetos Educacionais Especiais. Série Educação Preventiva Integral, 1994.

* Sociólogo, mestrando em Saúde Coletiva, pesquisador científico do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde do Instituto de Saúde – SES/SP. Email: renato@isaude.sp.gov.br

** Psicóloga, mestranda em Medicina Preventiva, pesquisadora científica do Núcleo de Investigação e Estudos em Epidemiologia do Instituto de Saúde – SES/SP.

Uso de Antiretrovirais e Qualidade de Vida¹

Wilza Villela* e Juan Carlos Raxach**

Com a política de distribuição de antiretrovirais no SUS para portadores do HIV com diagnóstico de AIDS, implementada no Brasil desde 1997, multiplicaram-se esforços visando a adesão ao tratamento, dado que esta é uma condição fundamental para o sucesso terapêutico, em que pesem os efeitos colaterais que a medicação pode causar e a complexidade de vários dos regimes terapêuticos.²

A reiteração impessoal e autoritária da prescrição – você tem que tomar *todas* as doses, no horário *certo*, com a alimentação *adequada* – usual entre serviços e profissionais de saúde, vem sendo contraposta por um entendimento de que se deveria buscar inserir a rotina do medicamento na rotina de vida de cada pessoa, adaptando o tratamento ao estilo de vida de cada um. Postura que implica um processo de diálogo e negociação com o próprio médico na perspectiva de que o seu trabalho deve estar mais voltado para esclarecer a importância de tomar o remédio. Quando e como tomá-lo deve ser uma elaboração conjunta entre profissional e usuário, considerando que o uso do medicamento se dá dentro de um contexto que envolve o ambiente de trabalho, a família, os amigos e a capacidade de cada uma dessas instituições conhecer e lidar bem com a soropositividade para o HIV.

Achamos importante que adesão seja tratada de forma a reduzir a culpa porque de fato identificamos que para a maioria das pessoas é difícil ser aderente a partir do conceito atual tão estreito e estrito. Na medida em que se reduz a culpa por não se conseguir ser 100% aderente, podem-se identificar coisas que melhorariam a adesão, pois o fato de sentir culpa leva a negar a situação. Muitos falam “sou aderente”, temendo ser julgados, pelo médico, pela sociedade ou por si próprios e apontados como responsáveis por estar criando um supervírus. Não ter culpa traz tranquilidade para identificar as dificuldades com relação à adesão e as formas para tomar a maior quantidade de doses, do melhor modo possível. E isso influi na qualidade de vida, já que a categoria aderente/não aderente poderia se constituir em um estigma a mais para a pessoa que é soropositivo. Se você é aderente, você consegue, se você não é aderente, você não consegue e então você não é um bom paciente, você não é um bom funcionário, você não é um bom marido, você não é um bom pai, você não é uma boa mulher, você não é uma boa pessoa...

Ou seja, se é fato que a oferta de antiretrovirais ampliou a duração da vida das pessoas com HIV, precisaremos ainda trabalhar para garantir que este ganho

também signifique um ganho na qualidade de vida, da atenção e acompanhamento médico, psicológico e social das pessoas que vivem com HIV/AIDS.

A oferta de medicamentos foi um passo essencial para podermos pensar a qualidade de vida do portador do HIV. Mas agora temos que avançar.

A terapia antiretroviral controla a replicação do HIV, mas introduz outros problemas na vida pessoal, como a hipertensão arterial, o diabetes, o aumento do colesterol e a lipodistrofia que é, de fato, o efeito colateral que mais conflito causa entre as pessoas que estão em terapia antiretroviral. Assim, as mudanças do corpo, como preço de ter o HIV sob controle, desencadeiam uma série de reações que muitas vezes comprometem a adesão ao tratamento, porque se o HIV está sob controle, vem a vontade de viver com plenitude, abalada quando o espelho reflete uma imagem que nem sempre agrada ao dono. Você se olha no espelho e não se acha bem, acha que “estão matando você”, e sofre.

A partir do momento que se controla o HIV, novas necessidades emergem para as pessoas. Dito de outro modo, também existem, por exemplo, efeitos colaterais não biológicos do uso da terapia antiretroviral que devem ocupar nossa atenção, se pretendemos, como finalidade última das ações em saúde, contribuir para aumentar a qualidade de vida das pessoas. Isso não está ainda estruturado. Os portadores do HIV estão querendo retomar sua vida social, produtiva, amorosa e reprodutiva... E do ponto de vista social ainda não existem mecanismos para reintegrar essa pessoa na sociedade.

O Brasil está um passo à frente em relação, por exemplo, à América Latina, mas não se pode falar de boa qualidade de vida de quem tem AIDS apenas em função da disponibilidade do remédio que traz benefícios agora, mas já está demonstrando efeitos colaterais, biológicos e psicológicos, que pioram a qualidade de vida. É uma contradição?

Sim. Para ser enfrentada.

¹ Esta reflexão toma como base a experiência acumulada na ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids) de realização de oficinas de adesão com portadores do HIV e integra um esforço mais amplo para reconceitualizar a questão da Qualidade de Vida no contexto da epidemia de AIDS.

* Médica, pesquisadora do Núcleo de Investigação em Cidadania, IS. Email: wilzavi@isaude.sp.gov.br

** Médico, coordenador de projetos da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA.

² A adesão ao tratamento é uma questão estratégica na atenção a qualquer doença crônica, tanto para o profissional quanto para o portador da patologia.

Qualidade de vida e segurança alimentar e nutricional

Maria Lúcia R. Stefanini*

Relacionar a segurança alimentar e nutricional à qualidade de vida parece uma tarefa simples e óbvia, uma vez que a alimentação segura e adequada é condição intrínseca ao alcance de uma qualidade de vida satisfatória. Porém, quando queremos analisar como essa relação vem se dando na saúde coletiva e no contexto das políticas públicas, precisamos resgatar os conceitos que vêm sendo utilizados.

Conceituar qualidade de vida tem sido um contínuo desafio, variando de sociedade para sociedade, de acordo com cada cultura. A revista *Ciência & Saúde Coletiva* apresenta uma edição totalmente dedicada à Qualidade de Vida e Saúde, com discussões riquíssimas e extensa bibliografia. Destaco nessa publicação o artigo de Minayo, Hartz & Buss (2000), em que os autores fazem revisão sumária da literatura em busca de bases conceituais. Resumem seus achados na frase “A noção de qualidade de vida transita em um campo semântico polissêmico: de um lado, está relacionada a modo, condições e estilos de vida. De outro, inclui as idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. E, por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. No que concerne à saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece como parâmetros”.

Importante frisar que não é objeto deste artigo conceituar qualidade de vida, porém parece relevante uma referência que possa traduzir a inserção de um componente na qualidade de vida: o da Segurança Alimentar e Nutricional.

Como conceituamos Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)? Como qualquer conceito, este também não é neutro, ou seja, ele é historicamente construído: sua evolução demonstra como vem se construindo segundo implicações nas políticas e nos interesses econômicos e sociais.

Destaco a seguir os momentos históricos da construção desse conceito e recomendo a leitura de pelo menos duas publicações de um autor que vem trabalhando nesse tema nas últimas duas décadas e de onde resgatamos muitas das informações que seguem a respeito: Valente (2002) e Valente (2003).

O termo Segurança Alimentar foi utilizado inicialmente no início do século XX, durante a I Grande Guerra e seu conceito estava ligado à capacidade de cada país de

produzir sua própria alimentação, de forma a não se tornar vulnerável a embargos ou boicotes de natureza política ou militar.

As décadas de 30 e 40 foram marcadas pelo pensamento de um dos maiores intelectuais brasileiros, Josué de Castro, que demonstrou em seus estudos que a fome e a má alimentação são determinadas socialmente e que, portanto, a segurança alimentar e de controle de endemias carenciais que comprometem a qualidade de vida, somente podem ser superadas por meio de compromissos políticos nacionais e internacionais. Em 1953, por ocasião da 3ª Conferência Latinoamericana de Nutrição, presidida por Josué de Castro, embora tenha sido reafirmado que as raízes dos problemas alimentares estão mergulhadas na estrutura econômica e social, ao recomendar a elaboração de planos nacionais focados na assistência alimentar aos grupos mais vulneráveis à desnutrição, utilizando a produção excedente de alimentos, limitou-se mais aos efeitos do que às causas desses problemas.

O conceito de Segurança Alimentar irrompe com força no cenário mundial a partir da crise de escassez de alimentos, no início da década de 70, quando foi proposto na Conferência Mundial de Alimentação de 1974 que todos os países incentivassem a produção e estoques de alimentos; ou seja a Segurança Alimentar era entendida como uma política de armazenamento estratégico e de oferta segura e adequada de alimentos, e não como um direito de todo ser humano a ter acesso a uma alimentação saudável. Com base nessa premissa, foi promovido aumento substancial da produção de alimentos e queda dos preços, danos ambientais e, ao mesmo tempo, aumentou o número de excluídos.

Isso tudo reforçou a explicação da fome e desnutrição por decorrência mais das dificuldades de acesso ao alimento do que da produção.

Assim a FAO, no início da década de 80 acrescentou ao conceito de Segurança Alimentar, além da produção e estabilidade da oferta, a segurança no acesso aos alimentos ofertados.

A partir do final dos anos 80, modificações no conceito de Segurança Alimentar vão sendo acrescentadas e referendadas nas Conferências – Conferência

* Nutricionista, Doutora em Saúde Pública e Diretora do Instituto de Saúde. Email: malu@isaude.sp.gov.br

Internacional de Nutrição da FAO/OMS de 1991 e de 1996. Incorporaram-se as noções de alimento *seguro* – não contaminado biológica ou quimicamente; de *qualidade* – nutricional, biológica, sanitária e tecnológica; do *balanceamento da dieta*, da *informação* e das *opções culturais* – hábitos alimentares.

Mais recentemente emergiu um movimento nacional e internacional em defesa da Segurança Alimentar como direito humano básico que deve ser garantido por políticas públicas.

O conceito brasileiro, reafirmado na I Conferência Nacional de SAN em 1994, produto de diversos fóruns com a participação de setores governamentais, empresariais e da sociedade civil, incorporou o componente nutricional e coloca a promoção da vida como valor ético universal e o acesso à alimentação com qualidade, um direito humano:

“Segurança Alimentar e Nutricional significa garantir a todos condições de acesso a alimentos seguros e de qualidade, em quantidade suficiente para atender aos requisitos nutricionais, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, contribuindo assim para uma existência digna em um contexto de desenvolvimento integral do ser humano.”

O direito humano ‘a alimentação e a soberania alimentar surgem com clareza na Declaração Final do Fórum Mundial sobre Soberania Alimentar, em Havana, 2001, e estão fortemente relacionados à conceituação brasileira da II Conferência Nacional de SAN, realizada em março de 2004, cujo tema foi a construção de uma Política de SAN: *SAN é a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis*” (CONSEA, 2004).

Assim, a definição da Política de SAN deve ser pautada na promoção dos princípios da *intersetorialidade* - que requer o envolvimento do governo e da sociedade civil organizada, em seus diferentes setores (saúde, educação, agricultura, trabalho, desenvolvimento social etc) e em diferentes esferas (produção, comercialização, acesso e consumo) - e da *equidade*, para superar as desigualdades econômicas, sociais, de gênero e étnicas.

A atuação do setor Saúde nesse contexto de SAN está claramente definida na Política Nacional de Alimentação e Nutrição vigente (BRASIL, 2003), que integra a Política Nacional de Saúde e tem como propósito a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos.

É no setor Saúde que as conseqüências das falhas na oferta, no acesso, no consumo, na qualidade ou na utilização biológica dos alimentos, bem como a ocorrência de doenças e agravos endêmicos e epidêmicos são identificados: desnutrição, carências de nutrientes específicos, obesidade, diabetes, dislipidemias e associações com outras doenças agudas e crônicas de reconhecida relevância epidemiológica.

O entendimento do papel do setor Saúde no tocante à alimentação e nutrição acompanhou o processo de construção do conceito de saúde que permeou o movimento da Reforma Sanitária e da implementação do Sistema Único de Saúde.

Os demais setores e a sociedade civil organizada têm se mobilizado mais recentemente, a partir da criação do 1º Conselho Nacional de Segurança Alimentar, de 1993. Nos últimos quatro anos esses Conselhos têm se reproduzido nos estados e municípios. Trabalhar a intersetorialidade, potencializando os diversos saberes e a interdisciplinaridade, as experiências e práticas é o que se coloca como o grande desafio no encontro do caminho para o alcance da SAN.

Esse processo não poderá ignorar a realidade epidemiológica das regiões e do país e, principalmente, que o ato de se alimentar e alimentar familiares e amigos traduz a riqueza do processo histórico de construção das relações sociais e está intrinsecamente ligado à identidade cultural de cada povo ou grupo social.

Garantir o direito à alimentação saudável a todos os cidadãos, ou seja, alcançar a SAN, significa transitar em um campo semântico polissêmico, indissociável do alcance da qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de alimentação e nutrição*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2ª ed. 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL - CONSEA. *Construção de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional*, II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, março, 2004.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A. & BUSS, P.M. *Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário*. *Ciência e Saúde Coletiva* 5 (1): 7-18, ABRASCO, 2000

VALENTE, F.L.S. (org.) *Direito humano à alimentação: desafios e conquistas*. São Paulo, Cortez, 2002

VALENTE, F.L.S. *Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos*. *Saúde e Sociedade*, 12 (1): 51-60, 2003 .

Informações para o monitoramento da iniquidade em saúde

Álvaro Escrivão Junior*

Mais que a discussão conceitual sobre o significado da iniquidade na saúde, realizada por diversos autores, considera-se essencial elaborar métodos e técnicas visando tornar disponíveis diretrizes, parâmetros e estratégias das políticas públicas que operacionalizem igualdade e equidade no cotidiano dos cidadãos (ESCOREL, 2003).

Principalmente nos países com dados limitados e poucos recursos para análise, é essencial o desenvolvimento de mecanismos para detectar, medir e chamar a atenção para desigualdades evitáveis entre grupos com diferentes níveis sociais. Braveman (1997) considera importantes os seguintes aspectos: identificação de fontes de dados adequadas, acessíveis e contínuas; definição, em cada país, dos grupos sociais a serem comparados; seleção dos indicadores de saúde e de cuidado de saúde que sejam úteis para comparação entre grupos sociais.

Além da avaliação de diferenças entre grupos sociais, é necessário monitorar a magnitude das medidas de saúde de cada grupo, de modo a acompanhar a situação ao longo do tempo. As estratégias para enfrentar esses desafios incluem, além da desagregação e melhor uso no nível local dos dados coletados pelo censo e pelos órgãos do setor da saúde, a produção de outros dados qualitativos e quantitativos referentes ao conjunto da população, utilizando-se inclusive métodos que captem a percepção da população sobre os problemas de saúde. O uso combinado dos dados de base populacional com os produzidos nos serviços de saúde permite avaliar melhor a iniquidade no cuidado da saúde.

No Brasil, apesar de se verificar um crescimento no número de publicações e documentos de serviços de saúde sobre esse tema, principalmente análises realizadas em nível municipal, verifica-se a escassez de estudos que avaliem criticamente as categorias, os indicadores e os procedimentos metodológicos da epidemiologia utilizados nos estudos de situação de saúde e utilização de serviços.

A abordagem territorial permite uma melhor utilização das bases oficiais disponíveis e, ao mesmo tempo, fornece uma boa aproximação com relação a algumas unidades de reprodução social dentro de determinados limites de generalização, como demonstram diversos estudos em nosso meio. No entanto, discutem-se “os caminhos” que conduzem aos diferenciais de saúde entre diferentes áreas geográficas, sendo que estes provavelmente decorram da combinação de fatores históricos, culturais, ambientais e sócio-econômicos, muitas vezes não sendo possível, dada a carência dos dados necessários, avaliar claramente o impacto do aumento das desigualdades de renda e bem-estar nas desigualdades de saúde.

Um estudo de Noronha (2001) mediu a desigualdade social em saúde no Brasil, considerando as diferenças entre os estados da federação, por meio da estimativa da desigualdade, considerando grupos sócio-econômicos classificados segundo os anos de escolaridade formal e a renda familiar per capita. Diferentemente da maioria dos estudos sobre desigualdade que utilizam como indicador de saúde os dados de mortalidade, a pesquisa utilizou medidas de morbidade. Os resultados revelaram

uma desigualdade na situação de saúde e no acesso aos serviços de saúde a favor dos grupos de alta renda, em todos os estados brasileiros. O mesmo estudo mostrou que quanto maior era a renda familiar *per capita*, maior era a probabilidade do indivíduo consultar o médico, resultado que se mantém mesmo quando se controla a variável “existência de plano de saúde”.

Outro estudo brasileiro considerou taxas padronizadas de utilização de serviços verificando que a chance de adoecer diminui com o aumento da renda, o inverso ocorrendo com o consumo de serviços de saúde e medicamentos. As pessoas com planos de saúde apresentam maior chance de uso de serviços de saúde e, dentre essas, as mais pobres pagam em média valores inferiores pelos seus planos, embora o peso percentual desse gasto na renda familiar tenda a ser excessivamente alto. Além disso, os planos mais simples têm um elenco mais reduzido e menos diversificado de serviços (TRAVASSOS, 2000).

O aprimoramento das fontes de dados existentes e o uso mais criativo dos indicadores epidemiológicos tradicionais, assim como o desenvolvimento de novas técnicas, de pequena complexidade e cientificamente rigorosas para evidenciar as desigualdades em saúde, constituem desafios que os centros de pesquisa podem assumir para facilitar a escolha das ferramentas mais eficientes pelos profissionais dos serviços, para estudar a situação de saúde.

Do mesmo modo elas também devem servir para melhorar o desempenho desses profissionais no mister de estabelecerem relações com outros atores envolvidos na superação da iniquidade social e em saúde. O atendimento desta demanda dos serviços aos centros de pesquisa implica a construção de abordagens metodológicas adequadas a esse fim, bem como o fortalecimento dessa área de pesquisa interdisciplinar, aportando-se os recursos necessários. A possibilidade de concretizar, tanto a prática da análise de situação de saúde, nos moldes apresentados neste artigo, quanto o desenvolvimento da área de pesquisa correspondente, são decisões políticas, que dependem da existência de uma demanda social neste sentido.

Referências Bibliográficas

BRAVEMAN, P. Basic note to focus discussion on selected methodological issues. Geneva, WHO - document 3, sep./oct. 1997.

ESCOREL, S. Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais. www.opas.org.br/servico/arquivos, acesso em 09 de jan - 2003.

NORONHA, K.V.M.S. Dois ensaios sobre desigualdade social em saúde. Belo Horizonte – MG, UFMG, 2001 (Dissertação de Mestrado)

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Clência & Saúde Coletiva*, 5(1):133-149, 2000.

* Médico, Professor Doutor da Escola de Administração de Empresas de São Paulo – FGV e Ex-coordenador da CEInfo – SMS SP. Email: aescrivao@fgvsp.br

Produção Científica e Tecnológica e Qualidade de Vida

Carlos Botazzo*

Seriam óbvias as relações entre os produtos da Ciência e as condições de existência (habitação, renda, educação, alimentação, transporte)? Não tão óbvias que dispensassem comentários nem tão escassas a ponto de nos interrogarmos, então, sobre o valor e as finalidades da Ciência. Neste breve ensaio pontuarei algumas questões que me parecem relevantes ao tema.

As considerações teóricas acerca da Qualidade de Vida (QV) são cercadas por polêmicas e ambigüidades. Inicialmente pelo fato de “qualidade” ser antes um traço da subjetividade e depois porque, a despeito dos esforços para estabelecer critérios objetivos com vistas à sua medida, da parte dos formuladores de políticas, entra em cena a subjetividade do formulador, isto é, qual a intenção ou o sentido que se desejou atribuir a cada um deles, o que significa não apenas o “quantum” de qualidade se deseja estimar mas também qual modalidade “quali” entra em cena. Seria por esse duplo caráter, pela sobreposição dessas duas formas de subjetividade, enfim, que poderíamos explicar a formidável dispersão de indicadores.

De fato, são conhecidos em torno de 10 modalidades distintas, dos quais a análise revela as intenções e os limites (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000). Se focamos, como fazem esses autores, qualidade de vida na Saúde, acrescentamos mais possibilidades de significados pelo fato de juntarmos dois conceitos – Saúde e Qualidade de Vida - altamente polissêmicos. Por isso, afirmam: “... o tema qualidade de vida é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas. No âmbito da saúde, quando visto no sentido ampliado, ele se apóia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de *promoção da saúde* seu foco mais relevante (ibidem, p. 15, grifos no original).

E o que seriam essas “necessidades humanas”? Para Florestan Fernandes, a vida em sociedade tem por derivação prover a satisfação de necessidades bióticas e biopsíquicas gerais dos seus membros. Numa perspectiva antropológica, encontramos que essas necessidades são satisfeitas de modo regular e constante, seja qual for o modo como as sociedades concretas estejam organizadas com vistas à produção da existência (FERNANDES, 1985, p. 49). O problema se inicia quando, pelos efeitos dessa mesma organização, parte importante da riqueza produzida é apropriada privadamente por grupos sociais distintos daqueles produtores. Sem dúvida, na sociedade capitalista essa apropriação encontra seu vértice, onde nunca tão poucos acumularam tanto. As conseqüências “sanitárias” desta tão formidável expropriação são facilmente detectáveis com os instrumentos da epidemiologia.

Se, como diz Asa Cristina Laurell, “... toda pesquisa das condições de saúde da população é pesquisa da saúde dos trabalhadores” (LAURELL, 1985, p. 255), então neste enfoque faz sentido essa ligação com o processo produtivo. E qualidade de vida aqui não seria a categoria

abstráida do seu contexto mas, antes, a categoria viva porque elaborada na concretude dos problemas práticos da existência de seres concretos. Assim, se as condições de existência se exprimem como *qualidade*, inicialmente devemos nos indagar a que qualidade nos referimos, isto é, *qualidade da vida de quais sujeitos*, e depois parece razoável que as transformações necessárias sejam conduzidas tão autonomamente quanto possível por estes mesmos sujeitos. Admitir, todavia, este postulado implica considerar graus bastante alargados de poder político dos sujeitos ou grupos sociais afetados. Implicaria, em decorrência, a emergência protagônica de classes ou estamentos subalternos e a conseqüente ultrapassagem das relações políticas vigentes na sociedade. Por isso, ainda para Minayo, Hartz e Buss, QV é *noção relativa* que se materializaria na intersecção de três vieses, a saber: os históricos, os culturais e os de classe (ibidem, p. 9).

Dito isto, pontuemos algumas questões. A ciência encontra sua justificação social na medida em que se dedica à investigação de problemas práticos. Este aforismo é particularmente válido para a pesquisa aplicada e, acima de tudo, para a tecnológica. A ciência e a técnica ocupam lugar central na cultura contemporânea e seus produtos garantem produção em larga escala, de alimentos sobretudo (mas não apenas), sem os quais não seria possível manter a população atual de mais de 6 bilhões de indivíduos (HEISENBERG, 2000). A questão seria saber até que ponto qualidade de vida em saúde acha-se na dependência de *novos* conhecimentos científicos e tecnológicos, ou se a superação da má qualidade de vida de milhões de pessoas antes não estaria na dependência de vontades políticas e relações de poder. Isto se explica na medida em que, não raro, insistir na produção de *novos conhecimentos* é recurso destinado a procrastinar a resolução verdadeira do problema existente.

A insistência no uso de indicadores mais precisos, finalmente, não significaria o zelo com que realizamos o exercício intelectual de busca de soluções que, na verdade, antes indicam habilidades em estabelecer correlações entre situações dadas, sem conseqüências, todavia, para os problemas da existência cotidiana?

Referências bibliográficas

FERNANDES F. A sociologia: objeto e principais problemas. In: Ianni O (Org.). Florestan Fernandes (Coleção grandes cientistas sociais, 58). São Paulo, Ática, 1986, 48-75.

HEISENBERG W. A parte e o todo: encontros e conversas sobre física, filosofia, religião e política. Rio de Janeiro: Contraponto, 2000.

LAURELL AC. Saúde e trabalho: os enfoques teóricos. In: Nunes ED (Org.). As ciências sociais em saúde na América Latina. Tendências e perspectivas. Brasília, OPAS, 1985, 255-76.

MINAYO MCS, HARTZ ZMA E BUSS PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência e Saúde Coletiva, (5)1, 2000, 7-18.

* Pesquisador científico do Instituto de Saúde, Professor do Programa de Pós-Graduação em Infecções e Saúde pública, CIP/SES-SP. Email: botazzo@isaude.sp.gov.br

Observatório de Saúde: uma revisão sistemática¹

Virgínia de Fátima Novelli*

O Relatório Lalonde “Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses”, de 1974 e a Carta de Ottawa de 1986, promulgada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, foram documentos importantes que contribuíram, junto com outros fatores, para discussões quanto a alguns paradigmas no campo da saúde, em especial na valorização da promoção da saúde, no lugar de privilegiar, exclusivamente, a área assistencial. Nas últimas décadas, o conceito de saúde tem sido entendido de forma mais ampliada e os agravos à saúde como decorrência de vários fatores: estilo de vida, genética e ambiente, possibilitando, assim, novas formas de pensar e gerir o setor saúde.

O alto grau de disseminação de informação que acontece hoje, devido aos processos tecnológicos decorrentes da globalização, possibilita a disseminação de pesquisas, conhecimentos e experiências que podem facilitar a participação de diferentes e diversos grupos sociais, preocupados com a saúde pública, em tomadas de decisões relacionadas com a melhoria da qualidade de vida das populações de suas regiões.

O “*Observatório de Saúde*” é um instrumento que pode ser utilizado para o monitoramento e avaliação de projetos e programas de melhoria da qualidade de vida.

Os “observatórios” da América do Sul e Central estão focados na questão dos recursos humanos em saúde e na saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde. Na Europa os objetivos foram concentrados em três áreas principais: acompanhar o perfil dos sistemas de saúde em transição; conduzir a comparação entre cidades com problemas semelhantes; promover e facilitar o acesso a publicações sobre cuidados com a saúde, disseminar informações sobre dados hospitalares e de sua interface com a atenção primária e evitar a duplicação de esforços e recursos.

A idéia principal é de que os processos de coleta de dados, análise e interpretação geram informações que podem desencadear ações e decisões, por meio da criação, proposição e adoção de políticas públicas, podendo ser utilizados para avaliar e retroalimentar o sistema de informação em saúde em nível local e regional.

Um estudo secundário, retrospectivo, de revisão sistemática, produz conhecimento atual e pode sugerir iniciativas futuras (THACKER, 1994). As evidências encontradas, a partir de uma pergunta claramente elaborada, podem facilitar a elaboração de ações ou a definição de novos estudos. Nosso objetivo nesse estudo foi o de identificar estudos referidos como observatórios de saúde nas bases de dados bibliográficos: LILACS

(Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Literatura Internacional); queríamos conhecer os locais onde foram instalados, para quê foram instalados, como funcionam, quem participa e como as informações geradas são utilizadas pelos gestores locais.

Aqui serão apresentados alguns resultados preliminares de caracterização dos trabalhos identificados.

Foi realizada uma pesquisa eletrônica na biblioteca virtual da BIREME utilizando ‘Observatório de Saúde’ como palavras-chave, sem limitador de tempo, em decorrência do pequeno número de artigos encontrados.

O levantamento realizado em outubro de 2003, na Base LILACS revelou 26 artigos. Na análise dos respectivos resumos, utilizou-se como filtro para a seleção dos artigos, uma visão holística de saúde. Foram selecionados três artigos (Quadro 1). Tornou-se, então, necessário uma nova busca em novembro de 2003, na Base MEDLINE, utilizando novamente a mesma terminologia. Aí foram localizados 17 artigos, conforme Quadro 2. A Tabela 1 apresenta o ano da publicação dos artigos. O maior número de publicações concentra-se no final da década de 1990 e no ano 2000.

Tabela 1- Artigos referentes a observatório de saúde na base LILACS e MEDLINE, 2003, conforme ano de publicação.

ANO	LILACS		MEDLINE	
	N	%	N	%
Anterior a 2000	15	57,70	5	29,42
2000	3	11,54	5	29,42
2001	4	15,38	3	17,64
2002	4	15,38	2	11,76
2003	-	-	2	11,76
TOTAL	26	100,00	17	100,00

A Tabela 2 mostra os principais temas abordados, predominando os relacionados com recursos humanos na saúde e em saúde do trabalhador - na base LILACS - e com avaliação de impacto e informação - na base MEDLINE.

* Administradora Hospitalar, Especialista em Administração Hospitalar pela Faculdade de Saúde Pública da USP e discente do Programa de Pós - Graduação em Infecções e Saúde Pública (Área: Saúde Coletiva) da Coordenação dos Institutos de Pesquisa da SES/SP. Email: vfnovelli@ig.com.br

¹ Agradecimento à minha orientadora Prof^a. Dra. Cláudia Maria Bógus, por seus comentários.

Tabela 2 – Artigos referentes a observatório de saúde na base LILACS e MEDLINE, conforme os temas abordados.

TEMAS	LILACS		MEDLINE	
	N	%	N	%
Qualidade de Vida	3	11,54	-	-
Recursos Humanos e Saúde do Trabalhador	10	38,46	-	-
Ambiente	-	-	3	17,64
Avaliação de Impacto	1	3,84	4	23,53
Informação	3	11,54	4	23,53
Epidemiológicos	4	15,38	1	5,88
Gênero	2	7,70	-	-
Outros	3	11,54	5	29,42
Total	26	100,00	17	100,00

As publicações científicas identificam os observatórios de saúde como adequados instrumentos de monitoramento e avaliação de projetos e programas de melhoria da qualidade de vida em suas regiões porque enfatizam as questões locais. A América Latina apresentou, no final dos anos de 1990, um número maior de artigos sobre recursos humanos e saúde do trabalhador, preparados pelos Ministérios da Saúde dos respectivos países (Quadro 1). O restante da literatura internacional tem concentrado seus estudos nas áreas de ambiente e avaliação quanto ao impacto do uso de informações (Quadro 2).

Nas cidades de Campinas e Santo André, o observatório foi constituído com o objetivo de elaborar políticas públicas, aprimorando a intersectorialidade, a participação para a melhoria da qualidade de vida das populações locais.

Finalmente, vale destacar que os observatórios podem desempenhar várias funções no sentido de aprimorar e qualificar a participação social, a promoção da saúde e o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde**, 2001.

European observatory will promote better health policy. BMJ 1999; 318: 352

MADHUKAR PAI, coordenador. Introduction to Systematic reviews and meta-analyses, São Paulo; 2003. [Apostila do Workshop **Introduction to Systematic Reviews & Meta-Analysis**- Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Programa de Pós Graduação Coordenação dos Institutos de Pesquisa- CIP; Universidade de São Paulo Faculdade de Medicina Departamento de Medicina preventiva; Fogarty AIDS International Training Program University of Califórnia, Berkeley, USA]

THACKER, S.B, **Metanálise**. Aspectos metodológicos, éticos e práticos em ciências da saúde; 1994. (OPAS- Publicação Científica).



Quadro 1: Publicações Base LILACS *

Autor(1º)	ID	Título	Fonte	Obs.
Keinert,T	343342	Aspectos da concepção e construção do Observatório da qualidade de vida de Santo André	São Paulo, Instituto de Saúde, 2002	
Keinert,T	339546	Qualidade de vida: observatórios, experiências e metodologias	São Paulo, Annablume, 2002	
*	331960	II Encuentro Nacional del observatorio de Recursos Humanos en Salud (Conferência)	Santa Cruz; OPS; 2002	*Ministério da Saúde da Bolívia
*	327978	Programa de Acción:Sistema Nacional de Informacion en Salud -2001-2006	Secretaria de Salud D.F; 2002	*Secretaria de Salud México
Ortiz,J	312034	Otitis media aguda: Hospital Juan XXIII como observatorio	J & G rev.. epidemiol. 1992	
Pooley,B	312031	Mortalidad materna: un llamado de atención para todos	J & G rev.. epidemiol.1992	
*	309722	Observatorio epidemiológico en drogas: El fenómeno de las adicciones en México, 2001	Secretaria de Salud D.F; 2001	*Secretaria de Salud México
Silva,C	307880	Centro de informação sobre medicamentos da Universidade Federal do Ceará: um observatório farmacoepidemiológico	Fortaleza, 1999	Tese
*	303425	Memorias del Primer Encuentro Nacional de Experiencias Significativas en Trabajo com Jóvenes (Conferência)	UFC/FM Bogotá, D.C; 2001	*Pontificia Universidad Javeriana
Santos,P	300721	Estudo do processo de trabalho da enfermagem em hemodinâmica: desgastes, cargas de trabalho e fatores de riscos à saúde do trabalhador	Rio de Janeiro, 2001	Tese/ENSP
*	299735	Recursos humanos en salud en Argentina/ 2001 observatorio de recursos humanos em salud	Buenos Aires, Argentina.OPS; 2001	*OPS, Argentina
*	291527	Escola de governo em saúde; observatório de conjuntura	Brasília, 1998	* Ministério da Saúde, F.O.C
Brito,Q	276819	Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestion laboral	Rev. Panam.Salud Pública, 2000	
Brito, Q	275917	Desafios y problemas de la gestión de recursos humanos de salud en las reformas sectoriales	Washington, D.C. OPS, 2000	
*	275890	Propuesta de desarrollo de un conjunto de datos básicos de recursos humanos en el sector salud	San José, 1999	*OPS
Brito,P	273329	Observatorio de recursos humanos de salud	Quito,OPS, 2000	
Akerman, M	264318	A concepção de um projeto de observatório de qualidade de vida: relato de uma experiência em Campinas, São Paulo	Saúde e Sociedade 1997	
Galin,P	252539	Guía para optimizar la utilización de la información disponible sobre empleo en el sector salud	San José,OPS, 1999	(Conferência)
Novick,M	252538	Relaciones colectivas de trabajo: guía metodológico	San José,OPS, 1999	(Conferência)
Rittler,M	242297	El ECLAMC: un observatorio de malformaciones congénitas	Argentina, 1999	(Conferência)
*	234196	Salud, presente y futuro: oportunidades y retos del binomio empresa/salud	México. D.F.1998 F.M.para la Salud	
*	228824	Observatorio de los Recursos Humanos en las Reformas Sctoriales de Salud	Washington,OPS/ CEPAL/OIT-1998	(Conferência)
*	226910	Observatorio de la salud: Nec.servicios,políticas	México. D.F.1997	*México,Fund.M.
*	219802	Observatorio de la salud: Nec.servicios,políticas	México, D.F.1997	*México,Fund.M.
Alvaro, P	171960	Marco General para la creación y puesta en marcha um sistema de indicadores sobre la igualdad de oportunidades de las mujeres	Madri, Espanha 1994	
Alvaro, P	171959	Propuesta de um sistema de indicadores sociales de igualdad entre géneros	Madri, Espanha 1994	

*Acesso em base de dados disponibilizado eletronicamente pela BIREME em novembro de 2003, site: <http://www.bireme.br>

Quadro 2: Publicações Base MEDLINE *

Autor(1º)	ID	Título	Fonte	Obs.
Louie PK	12867169	A preliminary investigation of persistent organic pollutants in ambient air in Hong Kong	Hong Kong, China 2003, Chemosphere	
Watkins F	12831083	Through a glass darkly: what should public health observatories be observing?	Liverpool, UK, 2002 J Public Health Med.	
Kashiwabara K	12507191	High frequency of emergency room visits of asthmatic children on misty or foggy nights	Kumamoto, Japan 2002, J Asthma	
Tabah L	12336549	New emphases in demographic research after Bucharest? (Conference)	Bucharest, 1976 Popul Bull	Conf.
Otsuka K,	11774870	Alternating light - darkness- influenced human eletrocardiographic magnetoreception in association with geomagnetic pulsations	Nishiogu, Japan, 2001 Biomed Pharmacother	
Nohr C,	11604822	Shared experience in 13 local Danish EPR projects: the Danish EPR Observatory	Aalborg, Denmark, 2001, Medinfo	
Cabras P,	11569768	Pesticide residues in grapes and wine in Italy	Cagliari, Italy, 2001 Food Addit Contam	
Roy DJ	11206994	Palliative care- past and future- questioning great Expectations	Montreal, Canadá, 2000 Acta Oncol	
Kristensen M,	11187629	The Danish EPR Observatory. Assessing organisational impact from EPR implementation	Aalborg, Denmark, 2000, Stud Health Technol Inform.	
Fleeman N,	11077896	A prospective health impact assessment of the Merseyside Integrated Transport Strategy	Liverpool, UK, 2000 J Public Health Med.	
Morabia A,	11002379	Smoking, dietary calcium and vitamin D deficiency in women: a population- based study	Geneva, Switzerland 2000, Eur J Clin Nutr	
Yan YY,	10626765	The influence of weather on human mortality in Hong Kong	Hong Kong, China 2000, Soc Sci Med	
Morabia A,	1009949	A Swiss population-based assesment of dietary habits before and after the March 1996 "mad cow disease" crisis	Geneva, Switzerland 1999, Eur J Clin Nutr	
Avanzini F,	8706768	How informed general practitioners manage mild hypertension: a survey of readers of drug in 7 countries	Milano, Italy, 1996 Eur J Clin Pharmacol	
No authors	7808385	Type B botulism associated with roasted eggplant in oil. Italy, 1993	Italy, 1995, MMWR Morb. Mortal	
Hemmings J,	-	What is a public health observatory? Community Health, 2003; 57: 324-326	J.Epidemil	
No authors	9933193	European observatory will promote better health policy 165.	BMJ, 1999; 318	

*Acesso em base de dados disponibilizado eletronicamente pela BIREME em novembro de 2003, site: <http://www.bireme.br>

O Projeto Observatório de Qualidade de Vida de Santo André (OQVSA)

Tania Margarete Mezzomo Keinert* ; Claudete de Castro Silva Vitte**
Paulo de Martino Januzzi*** e Ruben Cesar Keinert****

O projeto OQVSA nasce de uma parceria do Instituto de Saúde com a Prefeitura Municipal de Santo André (PMSA), financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), na linha de pesquisa Políticas Públicas. Compreende três fases, uma primeira relacionada à construção da parceria, a segunda voltada à elaboração de propostas técnicas e, a terceira, destinada à implementação da proposta propriamente dita.

Propostas Técnicas

Os resultados da pesquisa compreenderam a formulação de três propostas técnicas, apresentadas à equipe da PMSA e que deverão embasar o OQVSA. Trata-se de abordagens diferenciadas, ainda que em alguns casos possam se apresentar combinadas. A decisão sobre a escolha de uma, ou algumas delas combinadas, cabe à Prefeitura com a colaboração informal dos pesquisadores, uma vez que a Fase II está sendo concluída (na Fase III não há participação formal dos pesquisadores).

A primeira, a proposta de ênfase na questão do **Deficit Social**, privilegia uma perspectiva descritiva e instrumental das desigualdades intra-urbanas, utilizando indicadores sociais básicos. Deficit Social remete à noção do nível de carência da população no usufruto da riqueza daquela sociedade.

Longevidade, como expressão da qualidade de vida urbana, é a segunda proposta de metodologia para embasar o OQVSA, a qual, ainda que se mantendo na arena de um indicador clássico relacionado à mortalidade, coloca em destaque aspectos inovadores como por exemplo a questão do estilo de vida e sua influência no aumento da longevidade média¹. A longevidade seria tomada, neste caso, como indicador-síntese das condições de vida existentes.

Por fim, a proposta baseada na **Percepção da Qualidade de Vida** enfatiza a questão da subjetividade do conceito e, conseqüentemente, de sua avaliação. Qualidade de vida é um conceito mais complexo que a simples cobertura de necessidades básicas, incluindo interpretações subjetivas, sejam elas individuais ou coletivas. Reconhecido isto, torna-se imperativo incorporar a dimensão subjetiva nas práticas de planejamento e avaliação de políticas públicas de promoção da qualidade de vida.²

Fóruns de Reflexão, Transferência e Sistematização do Conhecimento

No período de realização do projeto podem-se destacar, especialmente, dois fóruns específicos de reflexão e sistematização do conhecimento gerado, além das reuniões entre a equipe de pesquisadores e a da Prefeitura (PMSA). São, respectivamente, o I Seminário Nacional

“Qualidade de Vida: Observatórios, Experiências e Metodologias” realizado em Santo André em junho de 2001 e II Seminário “Gestão da Qualidade de Vida” realizado em setembro de 2003, envolvendo técnicos e gestores das prefeituras, órgãos públicos e associações da sociedade civil.

Em termos de sistematização do conhecimento gerado durante o processo de construção da parceria e das reflexões do primeiro seminário, foi publicado o livro “Qualidade de Vida: Observatórios, Experiências e Metodologias”³. Em termos das propostas elaboradas durante a Fase II do referido projeto, novo livro se encontra em preparação.

Propostas de Continuidade da Parceria

O intercâmbio mantém-se firmemente estabelecido e as possibilidades de o grupo de pesquisadores virem a auxiliar, ainda que informalmente, a PMSA na execução da Fase III é bastante grande.

Destaque-se que, desde que o grupo de pesquisa passou a interagir com os diversos grupos da PMSA, ou seja, desde o início do projeto FAPESP, várias iniciativas foram surgindo nas secretarias, como a criação de Observatórios Setoriais (do Trabalho, da Educação, da Economia), bem como a implantação da Coordenadoria de Indicadores Socioeconômicos, de perspectiva intersetorial.

Cabe agora, na FASE III, à PMSA fazer os investimentos políticos e financeiros necessários para que o OQVSA seja implementado em sua totalidade. Os subsídios gerados por este projeto e a aprendizagem mútua realizada no intercâmbio entre pesquisadores e gestores em muito facilitará esse processo.

* Administradora, Pesquisadora científica do Instituto de Saúde. Email: tkeinert@isaude.sp.gov.br ou taniakeinert@gmail.br

** Professorado Departamento de Geografia do Instituto de Geociências da Unicamp.

*** Professor no Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisa Social na ENCE/IBGE.

**** Sociólogo, Professor de Administração Pública.

¹ Dentre os esforços que têm sido feitos neste sentido destaca-se uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde, levada a cabo em nível mundial e que redundou na criação do WHOQOL (The World Health Organization Instrument to Evaluate Quality of Life) disponível no site www.who.int.

² Em que pese o custo relativamente alto desta modalidade, ela parece ter muito resultado em termos de *feedback* das políticas implementadas. Para se ter uma idéia da importância da dimensão subjetiva, o instrumento WHOQOL inclui, entre os domínios analisados, a avaliação de “aspectos espirituais, religião e crenças pessoais”.

³ KEINERT, T. M. M. & KARRUZ, A P. “Qualidade de Vida: Observatórios, Experiências e Metodologias”, FAPESP-Annablume, São Paulo, 2002.

Cidade, Cidadania e Qualidade de Vida

Claudete de Castro Silva Vitte*

Discutir qualidade de vida e cidade requer que se considerem as políticas públicas e a disponibilização de equipamentos urbanos, seu alcance ou cobertura, já que, geralmente, é por seu intermédio que as chamadas necessidades humanas objetivas são atendidas. Mas, pressupõe considerar a questão do uso e apropriação dos espaços públicos que envolvem a questão da convivialidade, da sociabilidade, remetendo a alguns aspectos das chamadas necessidades subjetivas, mais afeitas à integração dos indivíduos à sociedade, aos vínculos e contatos com a comunidade, à participação na vida coletiva, dentre outros.

Nas cidades vivenciamos um momento no qual cada vez mais a vida na sociedade é marcada e regulada pela lógica do mercado, inclusive muitas vezes havendo a conversão da própria cidade em uma *mercadoria*, em contexto de grande competição entre localidades para a atração de investimentos diversos.

Esta lógica cada vez mais evidente remete a Henri Lefebvre que há décadas já assinalava o predomínio crescente da lógica do *valor de troca* sobre o *valor de uso* nas cidades capitalistas. Na discussão sobre qualidade de vida e cidade, cabe considerar que a lógica relevante é a do valor de uso porque é esta a lógica essencial na vida cotidiana, na cidade, entendida como um espaço vivido e percebido pelos seus habitantes.

Este texto pretende discutir sobre qualidade de vida e cidade considerando a questão da cidadania e da sociabilidade, em um momento em que as cidades vêm assumindo características perversas, cada vez mais segregadoras e injustas e quando cada vez mais ocorre um *esvaziamento* da arena política.

Partir-se-á do pressuposto, seguindo os argumentos de Francisco de Oliveira, que qualidade de vida não é sinônimo de cidadania e, de fato, a conquista da cidadania nem sempre é acompanhada da conquista da qualidade de vida e principalmente o oposto: a melhoria da qualidade de vida não significa a conquista da cidadania, o que seria uma inversão da POLÍTICA, já que é por meio desta que os cidadãos lutam pelo bem-estar e não o oposto (OLIVEIRA, 2002:11-12).

Considerando a relação cidade e cidadania, vivemos em cidades muitas vezes estranhas a nós, hostis, pouco acolhedoras. Para muitos, ela passa a ser percebida como espaços de privilégios, de exclusão, de barbárie. Sendo assim, há novos desafios para a gestão local e para as políticas públicas, que devem auxiliar no resgate do papel da cidade como lugar eletivo do processo civilizador.

Nessa realidade, na qual a vida da sociedade é cada vez mais regulada pelo mercado, há o reforço do

individualismo e a auto-segregação, em detrimento da sociabilidade e solidariedade no convívio na cidade.

Nesse contexto, este trabalho buscou fazer algumas considerações sobre as possibilidades e os limites do avanço da cidadania na cidade contemporânea, apontando que, a tomar pelo usufruto dos espaços públicos nas nossas cidades, tem havido um recuo da cidadania, entendida como igualdade de direitos, mas também de condições e de acessos aos equipamentos e espaços que a cidade oferece. Esse recuo reflete o aumento da segregação e a dificuldade crescente dos indivíduos lidarem com a diversidade. Assim, cabe às políticas públicas e à gestão local aprofundar as práticas democráticas em suas diversas modalidades, na tentativa de romper com o imobilismo e reforçar as formas de confiança e a solidariedade entre os cidadãos.

Cidade e vida cotidiana: a dimensão do espaço vivido e percebido

A cidade é o *lugar* da manifestação do individual e da experiência coletiva, já que há uma multiplicidade de trocas que são constitutivas da produção da sociabilidade na cidade. A cidade, como lugar, tem uma dimensão explicativa e é uma condição de realização da vida cotidiana, que resulta de uma relação do indivíduo com a cidade.

Na cidade dá-se aquilo que Ana Fani Carlos (2001:33) chama do processo da produção da vida. Esta produção da vida dá-se pelos modos de apropriação do espaço. Segundo a autora, "cada sociedade produz seu espaço, expressando sua função social, determinando os ritmos da vida, os modos de apropriação, seus projetos e desejos" (CARLOS, 2001:34). Para ela,

"... as relações sociais têm sua realização ligada à necessidade de um espaço onde ganha concretude a casa como universo do homem privado; a rua como acessibilidade possível aos espaços públicos, lugar dos encontros, dos percursos [...]. As relações que os indivíduos mantêm com os espaços habitados se exprimem todos os dias nos modos do uso, nas condições mais banais e acidentais, na vida cotidiana. Revela-se como espaço passível de ser sentido, pensado apropriado e vivido pelo indivíduo por meio do corpo, pois é com todos os seus sentidos que o habitante usa o espaço, cria/percebe os referenciais, sente os odores dos lugares, dando-lhes sentido. Isto significa que o uso envolve o indivíduo e

* Professora do Departamento de Geografia do Instituto de Geociências da UNICAMP. E-mail: clavitte@ige.unicamp.br.

seus sentidos, seu corpo; é por ele que marca sua presença, é por ele que constrói e se apropria do espaço e do mundo no plano do lugar, no modo como usa o espaço e emprega o tempo da vida cotidiana” (CARLOS, 2001:34-35).

A cidade pode ser entendida, então, como um espaço concebido, como um espaço vivido e como um espaço percebido. O espaço concebido é o espaço abstrato, conceitual estratégico dos projetos e do planejamento urbano. Já os espaços vividos e percebidos são o espaço imediato, fragmentado da vida cotidiana (CARLOS, 2001: 26).

Segundo Dídima Olave Farias (1992:01), como espaço vivido, a cidade agrega símbolos e valores elaborados por meio de impressões e experiências pessoais, mas também experiências coletivas. Nas cidades, as atividades cotidianas, a busca pela satisfação das necessidades e desejos resulta de interações dos indivíduos com o mundo. Os indivíduos interagem com o mundo por meio das atividades cotidianas, na busca pela satisfação das necessidades e desejos.

Ana Fani Carlos lembra que o bairro, a praça, a rua, o pequeno comércio podem aproximar os moradores. Tais lugares podem ser mais do que pontos de troca de mercadorias, já que neles há a possibilidade do encontro, o que reforça a sociabilidade (CARLOS, 2001:35).

O indivíduo, ao vivenciar a cidade, percebe o meio e adquire uma imagem mental própria sobre ela, que pode diferir de outros indivíduos. Pedro Jacobi define a percepção como a visão ou a compreensão que as pessoas têm sobre o meio no qual vivem, sobre o seu *lugar*. Essas percepções individuais são afetadas por mediações socioculturais. A percepção de problemas, da qualidade de vida, na vida da cidade varia entre os diferentes grupos sociais (JACOBI, 1999:15). Há uma dimensão subjetiva que sofre interferência de fatores socioculturais e há também uma percepção coletiva, na qual o coletivo atribui ao espaço ocupado o seu sentido. Mas, “as leituras individuais do mundo se fazem por parâmetros gestados pela sociedade” (MORAES, 1988:19), sendo a consciência individual um produto social, bem como as subjetividades¹.

Cidade, cidadania: (in)civilidade?

Marco Aurélio Santana (2000: 44-53), ao discutir sobre a cidade e cidadania lembra que em Henri Lefebvre ser cidadão é ter direito à cidade. No entanto, na cidade, há grandes diferenças constitutivas que resultam em desigualdade, sendo ela que deveria ser o lugar de efetivação de direitos e deveres para todos.

A grande questão é que a segregação, tanto social quanto espacial, aumenta de forma extraordinária nos dias de hoje. Paulo César da Costa Gomes analisa como a segregação leva a um recuo da cidadania, refletindo sobre os usos dos espaços públicos nas cidades atuais

não apenas pela configuração física, mas pelo tipo de práticas e dinâmicas sociais que neles ocorrem.

São quatro as situações que o autor entende como provocadoras de uma subversão na idéia de cidadania associada aos usos de espaços públicos, idéia essa herdada do modelo de convivência social oriunda da Modernidade.

Primeiramente, há *uma apropriação privada de espaços comuns*, como demonstram os casos dos camelôs e dos condomínios fechados. Um outro processo que assinala esse recuo da cidadania é *a progressão das identidades territoriais*, que o autor utiliza como sinônimo de *tribalização*, e é marcado pelos discursos sobre a diferença de forma sectária, sendo o espaço fragmentado nas divisões impostas por grupos de afinidades. Associado ao primeiro processo, o autor aponta o que chama de *emuralhamento da vida social*, processo no qual o individualismo é mais exacerbado, levando a um confinamento social. O último processo ele chama de *crescimento das ilhas utópicas*, que os condomínios de luxo ilustram bem, ao “recriarem” um ambiente muitas vezes paradisíaco, apartado na malha urbana (GOMES, 2002: 176-188).

Assim, a urbanidade ou a civilidade ocorre de forma cada vez menos freqüente e homogênea nas cidades. Se os sinais da cidadania, da igualdade de condições, de acessos, de direitos e de deveres comuns a todos deveriam estar inscritos por toda parte e serem reconhecidos em todos os pontos, não é necessariamente o que acontece, pois as cidades apresentam as marcas da desigualdade de acessos aos equipamentos e aos lugares (SANTANA, 2000:45). Há, na verdade, uma situação de ausência de regras de organização que transforma o espaço público em áreas de disputa onde a convivência e o respeito social ao diferente é cada vez mais ausente.

São situações de risco potencial, cabendo a advertência de Suely Rolnik:

“obstruídas as saídas, a vida fica acuada e, aí sim, há grandes chances de se produzirem situações devastadoras: é que a qualidade da vida tem a ver com o grau que esta afirma sua potência criadora, e esse grau depende do quanto se está encontrando modos de expressão para as diferenças que vão se produzindo nas misturas do mundo,

¹ Antonio Carlos Robert de Moraes fala que “as formas espaciais são produto de intervenções teleológicas, materializações de projetos elaborados por sujeitos históricos e sociais. Por trás dos padrões espaciais, das formas criadas, dos usos do solo, das repartições e distribuições, dos arranjos locacionais, estão concepções, valores, interesses, mentalidades, visões de mundo. Enfim, todo o complexo universo da cultura, da política e das ideologias. [...] Envolve uma finalidade. Teleologia é um atributo da consciência, a capacidade de pré-idear, de construir mentalmente a ação que se quer implementar. [...] A consciência está sediada, em termos estritos e absolutos, no ser individual. [...] Não existe ‘consciência coletiva’, mas *valores sociais* – como a ‘consciência de classe’ – que amarram diferentes indivíduos em projetos políticos comuns” (sem grifo no original) (MORAES, 1988: 16-17).

as quais se fazem à sombra de suas formas visíveis” (ROLNIK, 1995:158).

Ignorar o que há de subjetivo nos indivíduos e focar apenas os problemas materiais como aspectos fundamentais para a construção de um projeto de *felicidade coletiva*², conforme muitos entenderam o planejamento governamental e os projetos de desenvolvimento levados a cabo em diversos países e cidades dos mais variados tipos mostrou-se como algo falho. Mas, ignorar a questão da cidadania como uma questão não resolvida da luta de classes, bem como defender como desnecessária a ação política pode ser alienante e inócuo.

Para concluir, cabe citar Leandro Konder:

“a cidade [é] um lugar onde as pessoas são desafiadas a conviver com diferenças incômodas e precisam aprender a persuadir os outros de que os interesses básicos da comunidade passam por *determinados* caminhos particulares, quer dizer: precisam aprender a fazer política” (KONDER, 1994: 74).

Se a cidade é o espaço político por excelência, a política deve retornar ao seu lugar de origem e recuperar o que foi legado pela cidade política da antiguidade greco-romana: a democracia, exprimindo a conquista dos direitos, a valorização dos espaços públicos e cívicos para a prática política; e a diversidade, como expressão da cultura.

Referências bibliográficas

CARLOS, Ana Fani. *Espaço-Tempo na Metrópole*. São Paulo: Contexto, 2001.

CECCATO, Vânia Aparecida. Proposta metodológica para avaliação da qualidade de vida urbana a partir de dados convencionais de sensoriamento remoto, sistemas de informações geográficas e banco de dados georrelacional. *Dissertação de Mestrado*. São José dos Campos: INPE, 1994.

FARÍAS, Dídima Olave. Percepción del habitante em calidad de vida em ciudades intermédias de Chile. *Anais do Encontro Latino Americano de Geógrafos* (CD-Rom). Buenos Aires: Universidade de Buenos Aires, 1992.

GOMES, Paulo César da Costa. *A condição urbana: Ensaio de geopolítica da cidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

JACOBI, Pedro. *Cidade e meio ambiente: Percepções e práticas em São Paulo*. São Paulo: Annablume, 1999.

KONDER, Leandro. Um olhar filosófico sobre a cidade. In: PECHMAN, Robert M. (org.). *Olhares sobre a cidade*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1994.

MORAES, Antonio Carlos Robert. *Ideologias geográficas*. São Paulo: Hucitec, 1988.

OLIVEIRA, Francisco. Aproximações ao enigma: que quer dizer desenvolvimento local? In: SPINK, Peter *et alii* (orgs.). *Novos contornos da gestão local: conceitos em construção*. São Paulo: Polis: EAESP/FGV, 2002.

ROLNIK, Sueli. À sombra da cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia. In: MAGALHÃES, Maria Cristina Rios (org.). *Na sombra da cidade*. São Paulo: Escuta, 1995.

SANTANA, Marco Aurélio. Memória, cidade e cidadania. In: COSTA, Icléia T. M. & GONDAR, Jô. (Orgs.). *Memória e espaço*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2000.



² Tal denominação deve ser creditada a Alain Lipietz, em seu livro *Audácia*. São Paulo: Nobel, 1990.

Indicadores para o diálogo

Jorge Kayano*

Apresento três notícias interessantes sobre indicadores:

1) Segundo Nahas (2003), o grande motivador da elaboração e uso de indicadores para avaliar o meio urbano foi o IDH, o Índice de Desenvolvimento Humano, lançado pelo PNUD em 1990. O IDH pretende ser uma medida geral, sintética, do desenvolvimento humano. Ele parte do pressuposto de que para aferir o avanço de uma população não se deve considerar apenas a dimensão econômica, dada pelo Produto Interno Bruto (PIB) per capita, mas também outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana.

Aos poucos, o IDH tornou-se referência mundial. É um índice-chave nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e, no Brasil, tem sido utilizado pelo governo federal e por administrações estaduais como critério para distribuição de recursos dos programas sociais, com a criação do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) dos 5.507 municípios.

De acordo com o Relatório do Desenvolvimento Humano¹ de 2003, o Brasil é o país que ganhou mais posições na classificação do IDH desde 1975. Foram 16 postos ganhos ao longo de 26 anos, levando o país à 65ª posição, com IDH de 0,777 referente ao ano de 2001.

Essa escalada brasileira no ranking do IDH aconteceu apesar de uma taxa medíocre de crescimento da renda per capita. Entre 1975 e 2001 o aumento foi, em média, de 0,8% ao ano, ficando abaixo das médias mundial (1,2%), dos países ricos (2,1%) e dos países em desenvolvimento (2,3%). E já sabemos que em 2002 a renda per capita cresceu apenas 0,2%; em 2003 sofremos uma redução de 1,5%! Mas, o que incomoda mais é o fato de o Brasil ser citado no Relatório como paradigma de iniquidade no que se refere à distribuição da renda, que só não é pior do que a de quatro países da África sub-saariana.

No indicador longevidade, que reflete as condições de saúde geral da população, o Brasil teve resultados melhores. Em duas décadas e meia os brasileiros ganharam mais de 8 anos na sua esperança de vida ao nascer – de 59,5 anos para 67,8 anos. Mas por ter partido de um patamar muito baixo, esse avanço foi insuficiente para elevar o país a uma posição de destaque: o Brasil ocupa apenas a 110ª posição entre 175 países no ranking da longevidade.

2) A longevidade *'puxa'* a questão da saúde – e vale a pena contar sobre a polêmica criação, pela OMS, de um “Índice Geral de Desempenho do Sistema de Saúde” (Overall System Performance Index), calculado para os seus 191 países membros, e publicado no WHR (Informe sobre a Saúde no Mundo) 2000 na forma de um *rank* entre esses países.

Houve uma contestação generalizada de governos e pesquisadores sobre este Índice de Desempenho, que colocou por exemplo o Brasil numa humilhante 125ª posição, junto com a Bolívia, e bem atrás – não por acaso – da Colômbia (22º). Em resposta, um amplo grupo de pesquisadores trabalhou no projeto PRO-ADESS², “Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro”, apresentando em seu relatório final, entre outras, as seguintes críticas:

- Aparentemente, a OMS assumiu a advocacia de determinados modelos de reforma setorial anteriormente preconizados pelo Banco Mundial, como parte de uma agenda mais ampla de mudanças na política social e de saúde. Com a publicação do WHR 2000, a OMS passa a balizar os termos do debate político e ideológico na política de saúde mundial, e induzir a aplicação de determinada agenda de reforma;
- O emprego de um único indicador para orientar as políticas voltadas para os sistemas de saúde parece ser excessivamente reducionista. A ênfase que o WHR 2000 atribui aos indicadores compostos, caminha na direção oposta aos desenvolvimentos científicos recentes e às tendências de pensamento predominantes na academia, uma vez que há hoje uma forte convergência sobre a necessidade de desagregar indicadores, tornando-os mais expressivos e capazes de mensurações mais finas;
- A avaliação foi realizada com uma enorme insuficiência de dados, pois apenas 5 (cinco) dos 191 países membros possuíam todas as informações necessárias para o cálculo dos cinco indicadores, dentre eles o Brasil. A precariedade dos dados e a fragilidade metodológica da avaliação realizada desqualificam os resultados apresentados e obscurecem um debate político e teórico útil ao desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países membros;

- Uma das críticas centrais ao WHR 2000 é a validade do índice Overall Health System Performance como medida da efetividade dos sistemas de saúde, uma vez que, surpreendentemente, não inclui nenhum indicador de uso de serviços de saúde, elemento fundamental para refletir o acesso. Não há evidências científicas que demonstrem que mudanças no estado de saúde, reflitam predominantemente a forma como os sistemas de saúde operam. Expressariam antes as condições sociais e econômicas vigentes nas diferentes sociedades;
- O índice de desempenho (Overall Health System Performance) não permite identificar os principais problemas a serem enfrentados nas distintas realidades nacionais. Dessa forma, não avança na direção de definir parâmetros válidos para o monitoramento do desenvolvimento do sistema de saúde de cada país e, muito menos, para a realização de comparações internacionais.

Mais do que dar razão aos argumentos, interessa registrar que está sendo criticada uma atitude “extra-técnica” do pessoal da OMS na produção de seu Índice.

3) No começo de fevereiro de 2002, o Brasil recebeu uma boa notícia: ocupa, em 2002, a 20ª posição, entre 142 países, no Índice de Sustentabilidade Ambiental (ESI, na sigla em inglês), elaborado, pelo segundo ano consecutivo, por especialistas das universidades norte-americanas Yale e Columbia. A lista, com a Finlândia como primeira colocada, seguida pela Noruega e Suécia, foi divulgada em Nova York, no Fórum Econômico Mundial, responsável pela encomenda do trabalho. E possui alguns dados reconfortantes para a auto-estima nacional. Por exemplo: o Brasil, com uma pontuação geral de 59,6, numa escala de zero a cem, situou-se 31 posições à frente dos Estados Unidos, que obtiveram 52,8. E registre-se que a poderosa nação ocupava, em 2001, o 11º lugar na lista, enquanto estávamos no modesto 51º lugar hoje tomado pelos EUA. Na composição do ESI versão 2002 entraram 20 indicadores, obtidos a partir de 68 variáveis. Elas incluem informações ambientais, propriamente, sociais e institucionais.

Segundo Carlos Alfredo Joly³, coordenador do projeto Biota e professor titular de ecologia vegetal, do Instituto de Biologia da Unicamp, “apresentaram esse índice pela primeira vez em 2001. E começam essa nova versão de 2002 dizendo para esquecermos a de 2001, porque a metodologia foi completamente modificada”.

“Pesou muito para a posição do Brasil o fato de termos a maior área florestal tropical do mundo, com algo em torno de 80% de seu total intactos. Não temos informações efetivas para vários dos parâmetros, mas teve também uma influência forte a qualidade da água. No estado de São Paulo discutimos essa questão como um problema, dentro de uma visão do esforço que está sendo feito para recuperação das bacias e manutenção do potencial hídrico”. Ele alerta também que “o país pode ter a falsa

impressão de que as coisas estão melhores do que efetivamente estão. E que portanto não necessitamos de um esforço ou de um investimento tão significativo, porque os ambientalistas teriam pintado o quadro muito mais sombrio do que é”.

Essas três histórias recentes envolvendo indicadores, em temas bastante relevantes, não foram contadas para ilustrar diferentes exemplos de legitimação ou contestação, mas sim para alertar-nos de uma característica comum a todos - a de serem construções sociais. Deixamos apenas assinalado que para Telles (2003), “os indicadores não medem a realidade, algo que estaria lá, pronto para ser descrito, mas participam da construção social da realidade”.

Seguem, como decorrências: a necessária explicitação da intencionalidade dos atores na e para a produção de indicadores; e a ênfase dada aos indicadores como resultantes e produtores de um processo de diálogo, de informação e comunicação pautados pela transparência de intenções e ações e pela perspectiva do empoderamento da população e das organizações da sociedade civil.

Referências Bibliográficas

NAHAS, MARIA INÊS P. (2003) Indicadores intra-urbanos como instrumentos de gestão da qualidade de vida urbana em grandes cidades: discussão teórico-metodológica. Disponível em: http://www.virtual.pucminas.br/idhs/site/conteudo/pobreza_artigos.htm. Acesso em março/2004.

TELLES, VERA S. (2003) Indicadores Sociais entre Objetividade e Subjetividade, *In* Passos, CAK (Org.) *Indicadores, ONGs e Cidadania – contribuições sociopolíticas e metodológicas*. Curitiba: ADITEPP/Pólis [GT Indicadores da Plataforma Contrapartes Novib].

* Médico Sanitarista e pesquisador no Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde, do Instituto de Saúde. Email: jorgekaiano@polis.org.br

¹ <http://www.undp.org.br>

² <http://www.proadess.cict.fiocruz.br>

³ Revista Pesquisa Fapesp N° 73 – Entrevista: Em favor do meio ambiente – disponível em: <http://www.revistapesquisa.fapesp.br>

Longevidade como expressão da qualidade de vida urbana

Ruben Cesar Keinert*

Mensurar a qualidade de vida tem sido uma busca constante desde que a noção passou a estar incluída na avaliação do impacto de políticas públicas determinadas ou mesmo de gestões governamentais vistas de um ponto de vista integral. Várias propostas de mensuração convivem atualmente, de modo geral respaldadas por entidades públicas de pesquisa e por institutos de levantamento de dados e opiniões.

Essas propostas diferenciam-se por causa da definição de qualidade de vida que escolhem. A maioria delas toma condições de vida como referência e trata de medir a disponibilidade de bens e serviços para a população, supondo que a sua existência afeta positivamente a qualidade de vida. Pode-se dizer que essas propostas remetem à noção de bem-estar social, cuja consecução caracterizou os esforços de desenvolvimento econômico e social conduzidos pelos estados das nações emergentes, durante a maior parte do século XX.

Outra concepção de referência que tem sido utilizada é a do desenvolvimento humano. Busca captar a efetivação de capacidades e potencialidades humanas da comunidade em estudo e tem inspiração evidente nos parâmetros do Índice de Desenvolvimento Humano, medido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Nesse caso, qualidade de vida é aproximada à noção de desenvolvimento humano.

Uma terceira referência tem sido a da exclusão social. Nessa proposta, tenta-se mensurar o contingente de pessoas não beneficiadas e, portanto, incapacitadas para usufruir as oportunidades oferecidas pelo mercado e que deveriam ser objeto das políticas públicas de caráter social. Por meio dela, capta-se a falta ou insuficiência de qualidade de vida existente.

Outra referência é a que está implícita na noção de *cidade saudável*. Tendo como base a noção de promoção à saúde, a qual reforça a importância da participação comunitária e o desenvolvimento de parcerias entre o setor público, privado e a sociedade civil, o movimento Cidades Saudáveis incentiva a ação intersetorial e a participação social no contexto específico da gestão local.

Outra importante vertente de trabalhos sobre qualidade de vida, busca captá-la pela percepção da população. Parte de que qualidade é uma atribuição que a população faz da sua situação. Verifica o que realmente chega à população e é percebido por ela como qualidade.

Todas essas propostas contribuem para o conhecimento da realidade social a partir de uma ou de

um conjunto de variáveis tomadas como parâmetro. Essas variáveis, no entanto, são muitas vezes condições para que um bom nível de qualidade de vida seja atingido, não representariam por si próprias o que se pretende como qualidade de vida, uma formalização da idéia de uma vida que vale a pena ser vivida.

Nesse sentido, a observação das várias propostas existentes acabou por proporcionar uma sugestão para uma nova formulação. Chamou a atenção a engenhosidade da proposta do IDH, particularmente quando inclui a longevidade como critério de desenvolvimento, ao lado da renda e da escolaridade. Longevidade é uma variável de resultado, significa o modo como uma população processa o seu poder aquisitivo de consumo, suas condições de vida e, especialmente, o seu estilo de vida; conjuga ao mesmo tempo sabedoria de viver com possibilidades materiais e ambientais disponíveis e alcançadas.

Por ser de resultado, contrabalança o peso das outras variáveis estratégicas, renda e escolaridade, atributos que podem ser influenciados por iniciativas que não visam necessariamente a produzir uma vida de melhor qualidade. A educação pode ser uma surpresa ao ser considerada assim, mas é preciso levar em conta que ela pode estar voltada para a mais estrita profissionalização, por vezes em atividade a ser exercida em situações de risco ou em ambientes poluídos. Não se pode desconsiderar, no entanto, que as duas variáveis – bem aproveitadas – têm contribuição positiva para a qualidade de vida, o que será comprovado pela longevidade mais alta.

A visão de qualidade de vida como passível de se expressar na longevidade média da população está fortemente influenciada pelas proposições de Amartya Sen, as quais contribuíram decisivamente para a elaboração do Índice de Desenvolvimento Humano. Como se sabe, o autor foi o formulador mais hábil de uma concepção que põe em destaque as escolhas que os grupos sociais fazem para o seu estilo de vida. Em trabalho que se tornou clássico, tomava como ilustração um romance de Dickens, que mostrava que os mineiros de um certo local “evitavam que suas famílias passassem fome e necessidades, porém morriam prematuramente” (NUSSBAUM & SEN, 1998:15). Ou seja, destacava que melhores condições de vida

* Sociólogo, Prof. Dr. de Administração Pública e pesquisador principal do Projeto OQVSA/Fapesp. Email: rkeinert@fgvsp.br

poderiam proporcionar melhores escolhas em estilos de vida, o que – por sua vez – implicaria em maior longevidade, embora não houvesse garantia prévia de que isso acontecesse necessariamente. E exemplificava com vários casos nacionais em que rendas mais altas não implicavam em maior longevidade média, quando comparados a outras nações com rendas mais baixas e longevidade mais alta.

Com esses focos em mente, foi elaborado o Índice de Desenvolvimento Humano, pelo PNUD, que se tornou o principal classificador comparativo dos Estados-membros filiados. O IDH é composto por três variáveis, passíveis de desdobramentos internos. As variáveis referem-se à renda *per capita*, escolaridade e expectativa de vida. O suposto envolvido é o de que renda e escolaridade mais altas permitam escolhas de estilos de vida mais compatíveis com a possibilidade de se viver mais e melhor.

A partir do IDH, vários outros índices e medidores foram construídos por diversas instituições e analisados em alguns textos produzidos pela Equipe de Pesquisa apresentados ao X Congresso da Associação Nacional de Planejamento Urbano e Regional (ANPUR, 2003). Como resultado de todas essas considerações, foi elaborada uma proposta alternativa de monitoramento de qualidade de vida no nível local, que toma a longevidade como resultante de condições urbanas sobre as quais a comunidade (poder público local, empresários, organizações não-governamentais, entidades da sociedade civil) pode interferir. Essa interferência pode se dar por ação direta ou por capacidade de reivindicar ações de outros poderes ou instâncias.

Desse modo, entende-se que qualidade de vida pode ser expressa tomando-se a longevidade como dependente de um conjunto de variáveis que, por sua vez, expressam condições objetivas e subjetivas. São elas:

- condições de habitação
- provisão de água encanada
- provisão de esgoto
- nível de risco de enchentes
- nível de risco de desmoronamentos
- acessibilidade a serviços de primeira necessidade
- acessibilidade a serviços de saúde
- acessibilidade a serviços de educação
- índices de violência
- índices de acidentes de trânsito
- índices de poluição.

Acentuam-se, portanto, variáveis locais. Um primeiro levantamento dessas variáveis foi conduzido por Keinert (2003). A coleta dos dados revelou-se de muito difícil execução, mas os problemas podem ser contornados no futuro com um esforço concentrado para compatibilizar os modos como são sistematizadas e arquivadas as

informações. Uma constatação que pode ser tomada como resultado desta pesquisa foi a de que as fontes de dados não são conversíveis entre si. O custo seria relativamente baixo, demandando tão somente esforços de integração entre as diferentes metodologias de coleta e disponibilização de dados.¹

Referências bibliográficas

ANPUR, 2003. Mesa-Redonda “Qualidade de Vida nas Cidades: Novas Abordagens, Metodologias de Avaliação e Uma Proposta de Observatório Local”. Papers apresentados ao X Congresso da Associação Nacional de Planejamento Urbano e Regional (ANPUR), Belo Horizonte, maio 2003.

KEINERT, R. C. “UMA PROPOSTA DE OBSERVATÓRIO LOCAL DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE DE VIDA URBANA”, X Congresso da Associação Nacional de Planejamento Urbano e Regional (ANPUR), Belo Horizonte, maio 2003.

KEINERT, T.M.M., KARRUZ, A.P. e KARRUZ, S.M. – “Sistemas locais de informação e a gestão pública da qualidade de vida nas cidades”. In KEINERT, T.M.M. e KARRUZ, A.P., *Qualidade de vida: observatórios, experiências e metodologias*. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2002.

NUSSBAUM, M.C. e SEN, Amartya – *La calidad de vida*. Cidade do México: FCE/The U.N. University, 1998.

SEN, Amartya – *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

¹ A criação da Coordenadoria de Indicadores Sociais, no ano de 2001, na Prefeitura de Santo André (PMSA), pelo então prefeito Celso Augusto Daniel constitui-se em um passo na direção de obter-se dados intersetoriais. Como foi constatado no decorrer do projeto, dados existem em abundância nas diferentes secretarias, o problema é que utilizam metodologias diferenciadas de coleta e sistematização.

Deficit Social nos municípios brasileiros : Uma proposta para priorização da ação pública

Paulo de Martino Jannuzzi*

A improvisação, o voluntarismo, a falta de planejamento e outras práticas condenáveis de gestão municipal parecem estar cedendo espaço, nos últimos 10 anos, em diversas localidades no país, para iniciativas muito positivas de institucionalização das atividades de planejamento e formulação de políticas públicas. A necessidade de dispor de análises técnicas mais bem fundamentadas, de diagnósticos sociais e econômicos mais abrangentes ou de justificar mais claramente as decisões de alocação dos recursos públicos, para fins de especificação dos Planos Plurianuais ou de subsidiar a formulação de Orçamentos Participativos, tem levado diversos municípios a desenvolver – em parceria com centros de pesquisa ou ONGs - sistemas de indicadores, mapas ou índices de “Exclusão Social”, “Desigualdade Social”, “Vulnerabilidade Social”, “Desenvolvimento Humano”, “Responsabilidade Social” ou “Qualidade de Vida Urbana” (SPOSATI 1996, NAHAS 2002, SEADE 2003).

No âmbito do projeto de pesquisa Observatório de Qualidade de Vida de Santo André também se fez uma proposta para aprimoramento técnico-político da ação pública, desenvolvendo uma metodologia de identificação das desigualdades sociais pelo território brasileiro e pelo espaço intraurbano. Apresentou-se um conjunto de indicadores sociais básicos para os municípios brasileiros, construídos a partir das informações levantadas no questionário básico (do universo) do Censo Demográfico de 2000, que procuram dimensionar os deficits de atendimento e de alcance de políticas sociais e serviços públicos no campo da educação básica, renda, saneamento e necessidades habitacionais, enfim a parcela mais visível do Deficit Social nos municípios brasileiros.

O conceito intuitivo de Deficit Social remete à noção de nível de carência da população no usufruto ou consumo de bens públicos, bens privados e serviços sociais entendidos como básicos e

necessários segundo uma agenda de compromissos político-sociais definidos em diferentes fóruns da sociedade, no âmbito do Estado, da Sociedade Civil e outras arenas de representação política. O Deficit Social é, pois, um conceito normativamente construído, definido segundo prioridades, escolhas e compromissos politicamente assumidos no campo da educação, saúde pública, habitação popular, complementação de renda, proteção contra o desemprego, etc.

De fato, como ilustram vários trabalhos voltados ao diagnóstico e monitoramento de Condições de Vida ou formulação de programas de combate à Pobreza no Brasil, América Latina e Mundo, Deficit Social tem sido entendido como a parcela da demanda populacional não atendida adequadamente em termos de programas sociais ou de bens públicos e privados, segundo um padrão normativo desejável de bem-estar. Entre os diversos trabalhos que tomam o Deficit Social como marco conceitual, explícito ou não, pode-se citar, entre outros, os Diagnósticos Nacionais de Necessidades Básicas Insatisfeitas elaborados nos anos 80 e 90 pela CEPAL, os relatórios anuais do *Social Watch*, representado no Brasil pelo Observatório da Cidadania do IBASE, o Relatório de Indicadores Municipais do IBGE ou ainda o levantamento de demanda por programas na área social do Estudo dos Eixos Nacionais de Integração e Desenvolvimento, encomendado pelo Ministério do Planejamento para subsidiar o Plano Plurianual de Investimentos 1999-2003.

Para construir uma medida operacional para dimensionar o Deficit Social – isto é, para se chegar a um indicador que aponte o nível da demanda efetiva ou potencial não atendida de serviços sociais considerados fundamentais ou desejáveis - é preciso

* Professor no Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisa Social na ENCE/IBGE. Email: pjannuzzi@mpc.com.br ou pjannuzzi@ibge.gov.br

definir qual a agenda de compromissos sociais que se está tomando como referência. A escolha dessa agenda não é uma simples operação metodológica, mas uma decisão política com desdobramentos cruciais nas demais etapas de construção do indicador de Deficit Social.

Tal agenda de compromissos pode ser mais ou menos abrangente dependendo do(s) documento(s) ou declarações normativas que se toma como referência, como por exemplo a Constituição de 1988, a Lei de Diretrizes Básicas da Educação, as regulamentações de atendimento do Sistema Único de Saúde, o Plano Nacional de Direitos Humanos, o Estatuto da Cidade, entre outros.

No âmbito do projeto optou-se por tomar uma agenda de compromissos político-sociais ainda mais simplificada, aquela implicitamente estabelecida no questionário do Universo do Censo Demográfico. Os censos demográficos espelham, ainda que com imperfeição e limitações, parte expressiva da agenda de prioridades de políticas por parte dos Governos – sobretudo o Federal - e, mais recentemente, da própria Sociedade Civil Organizada - chamada a participar do processo de planejamento do Censo. Naturalmente é uma agenda incompleta, que prioriza as dimensões quantitativas mais facilmente captáveis, não necessariamente as mais relevantes, mas que, por outro lado, pode ser aferida com indicadores atualizados e referidos a espaços geográficos bastante específicos (setores censitários).

Assim, para esse trabalho, Deficit Social foi entendido como demanda social não atendida de ensino básico para crianças e adolescentes, de programas de assistência social de transferência de renda e proteção ao risco de desemprego de chefes de família, de serviços básicos de prevenção à saúde pública (minimamente garantidos pelo acesso a serviços de infraestrutura urbana como abastecimento de água, saneamento básico adequado, coleta de lixo) e programas de habitação popular. Um déficit social de determinada magnitude (expresso em percentual ou em valores absolutos) em uma dada localidade estaria dimensionando a parcela da sua população que ainda exibiria carências básicas para sua sobrevivência na sociedade contemporânea, como não residir em uma moradia adequada, não ter acesso a serviços básicos de infra-estrutura urbana, não ter acesso a oportunidades educacionais que lhe garantam

acesso à sociedade do conhecimento ou não dispor de rendimentos suficientes - provenientes do seu trabalho, aposentadoria ou programas públicos de transferência de renda - para manutenção de um padrão adequado de vida.

Este trabalho procurou trazer uma contribuição metodológica ao campo de estudos de Indicadores Sociais e Políticas Públicas. A defesa do uso de Sistemas de Indicadores referidos a agendas político-institucionais estabelecidas, do uso de unidades geográficas de tamanho populacional comparável, da utilidade de tipologias combinando indicadores de deficits – não de índices - são algumas das proposições que, embora não sejam inéditas, parecem permitir superar práticas avaliadas, em outra ocasião (JANNUZZI 2002), como inadequadas ou pouco consistentes nesse campo de estudos.

O trabalho trouxe ainda alguns resultados que, com critério e bom senso, podem servir como mais um diagnóstico complementar das condições de vida e do deficit de atendimento social nos municípios brasileiros.

Referências bibliográficas

JANNUZZI, P.M. Considerações sobre uso, abuso e mau uso de indicadores nas políticas públicas municipais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 36(1):51-72, 2002.

NAHAS, M.I.P. Metodologia de construção de índices e indicadores sociais como instrumentos balizadores da Gestão Municipal da Qualidade de Vida Urbana: uma síntese da experiência de Belo Horizonte. In HOGAN, D.J *et al.* **Migração e Ambiente nas Aglomerações Urbanas**. Campinas, NEPO, 2002, p.465-487.

SEADE. **Índice de Vulnerabilidade Juvenil**. Acessado em www.seade.gov.br em 10/11/2003.

SPOSATI, A . **Mapa da inclusão/exclusão social da cidade de São Paulo**. São Paulo: EDUC, 1996.

Pesquisa de Percepção da Qualidade de Vida em Santo André/SP

Marisa Fefferman*

Cada realidade social é dotada de uma inteligibilidade própria, expressa em normas, interesses coletivos, valores, princípios morais, enfim, na vida coletiva dos indivíduos. O entendimento da sociedade procede da apreensão da sua ordem constitutiva, que informa sobre a sua organização e seu funcionamento. É essa ordem que aponta para a trama da coesão e das disputas, da cooperação e dos conflitos, que se soergue da tessitura social. Investigar, pois, uma realidade social pressupõe contar com um conjunto ordenado de representações, uma estrutura de sentidos, de significados que circulam entre seus membros, mediante diferentes formas de linguagem: esse conjunto é o imaginário social (TEVES; 1992). Essa definição é um dos eixos da pesquisa aplicada em Julho de 2003, sobre a Percepção da Qualidade de Vida da População, em Santo André - cidade de aproximadamente 650 mil habitantes, com uma economia hoje voltada para serviços e comércio.

A pesquisa tinha como objetivo apreender a importância dos aspectos subjetivos na construção da percepção da qualidade de vida. Partia do princípio de que qualidade de vida não se restringe ao grau de cobertura das necessidades básicas ou fundamentais dos indivíduos, sendo necessário observar a dimensão subjetiva, presente na população e apreensível através da percepção dos moradores da cidade. O pressuposto fundamental é que a garantia das necessidades básicas está longe de ser suficiente para uma qualidade de vida plena ou de uma vida com qualidade.

Minayo, Hartz & Buss (2000), no artigo "Qualidade de vida e saúde: um debate necessário", apresentam a

pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha como um exemplo de pesquisa que trabalha com indicadores subjetivos.¹

Configurando objetividade e subjetividades

O estudo realizado em Santo André pretendia contribuir para a reflexão sobre a inclusão de aspectos qualitativos a indicadores que norteiem os efeitos de políticas públicas. Também pretendia, na prática, viabilizar metodologicamente instrumentos integradores das perspectivas qualitativa e quantitativa em pesquisas sobre representação social.

Do ponto de vista operacional, o conceito de qualidade de vida foi tomado como o resultado das percepções pessoais a respeito de 10 fatores – a partir dos quais se construiu um índice de qualidade de vida, o IQVSA (Quadro 1) -, sobre os quais se perguntaria ao entrevistado se haviam afetado o seu cotidiano no mês imediatamente anterior à ocasião da pesquisa. Os fatores provêm de um ranking de problemas da cidade, que o Datafolha elabora continuamente em uma série histórica bimestral. Elaboraram-se 40 perguntas-padrão relacionadas a fatos da vida pessoal do entrevistado ou a avaliações sobre fenômenos que afetaram sua vida.

Os resultados da pesquisa foram ponderados a partir da questão: "Qual o fator que você considera mais importante para a felicidade?", estimulada com cartões que explicitavam os 10 fatores. Para se calcular o índice, atribuiu-se a cada um dos fatores um peso proporcional, estabelecido a partir do que os próprios moradores declararam ser mais importante para sua qualidade de vida e para a sua felicidade.

Quadro 1 – Descrição dos fatores constituintes de Qualidade de Vida, conforme definição utilizada pela Pesquisa Datafolha e que deram origem ao IQVSA.

Fator Constituinte	Conceituação adotada
Condições de habitação e moradia	Avaliação e grau de satisfação do entrevistado em relação às suas atuais condições de moradia.
Trânsito	O tempo que o entrevistado leva para se locomover na cidade e o grau de influência desse fator em sua rotina.
Serviço de saúde	Acesso a serviços públicos e particulares de saúde e avaliação do atendimento.
Trabalho	Características da ocupação do entrevistado e seu grau de satisfação com a função que exerce.
Educação	Grau de escolaridade do entrevistado, acesso de seus filhos à escola e grau de importância que atribui ao estudo.
Segurança	Ocorrência de roubos e agressões físicas, variação das taxas de homicídio e grau de percepção do medo em relação à violência.
Poder aquisitivo	Avaliação do poder aquisitivo da família e grau de comprometimento da renda individual.
Qualidade de ar	Avaliação da qualidade do ar na cidade.
Lazer	Avaliação e grau de satisfação em relação ao tempo que dedicou ao lazer no período que a pesquisa abrange.
Serviços básicos de saneamento e infra-estrutura	Ocorrência de interrupções ou problemas com o fornecimento de água e energia.

* Psicóloga, doutoranda do IP/USP e Pesquisadora do Instituto de Saúde. Email: marisaf@isaude.sp.gov.br

¹ Levantamento Sistemático que o DATAFOLHA realizou na cidade de São Paulo a partir de março de 1999.

Aplicaram-se 672 entrevistas, distribuídas por toda a cidade. Chegou-se a um Índice de Qualidade de Vida de 'score' 0,57 (insatisfatório). O patamar satisfatório medido seria de no mínimo 0,66. A Figura 1 exprime os percentuais atingidos pelos fatores investigados como importantes para a percepção dos indivíduos na constituição de sua felicidade.

A ponderação dos resultados do questionário aplicado com os percentuais expressos na Figura 1 levou aos 'scores' do Quadro 2.

Figura 1 – Fatores apontados pelos indivíduos como constitutivos da sua felicidade.



Quadro 2 – Relação de 'scores' dos fatores investigados como constitutivos da qualidade de vida.

Fatores Investigados	'Score'
Serviços de saúde	0,86
Trânsito	0,86
Serviços básicos de saneamento e infra-estrutura	0,82
Segurança	0,75
Condições de habitação e moradia	0,62
Educação	0,60
Trabalho	0,57
Lazer	0,30
Qualidade do ar	0,35
Poder aquisitivo	0,49

O resultado aponta a existência de um hiato entre os dados objetivos e a percepção da população. Estes não podem ser pensados isoladamente; a vida de um cidadão é complexa e as variáveis que o tornam satisfeito são inúmeras.

Os índices variam de acordo com o perfil

socioeconômico dos entrevistados. A cidade é considerada ótima ou boa para se viver por mais da metade da população. No entanto, se é boa para viver, por que a qualidade de vida não foi considerada boa?

Os Serviços de Saúde foram avaliados de forma satisfatória, tanto no que diz respeito à resolutividade dos serviços, assim como quanto ao atendimento médico, nos serviços conveniados e públicos.

Os indicadores relacionados às necessidades básicas e de responsabilidade do Estado, como qualidade dos serviços de saúde, trânsito, educação e segurança corresponderam às expectativas da população. Todavia, as necessidades básicas garantidas não implicaram na percepção de um bom índice de qualidade de vida.

Este retrato se apresenta como um desafio para as políticas públicas. Que fatores são considerados estratégicos na busca da felicidade? Como possibilitar condições para que as pessoas se sintam felizes? Qual a responsabilidade do município, do estado, da nação e da sociedade civil organizada?

Focalizaremos um fator a título de exemplo: o lazer, considerado por muitos estudiosos como momento de reflexão e oportunidade de realizar o desejado, é na opinião dos moradores uma condição de pouca importância para a sua felicidade. Algumas hipóteses podem ser levantadas: Santo André não tem espaço para o lazer? Ou as pessoas não têm tempo para se dedicar ao lazer e, por isso, o desconsideram como item determinante? A pesquisa nos aponta para o descontentamento com o tempo disponível para o lazer. As pessoas associam o lazer a algo que necessita de dinheiro? Ou, ainda, massificadas pelo cotidiano, não sabem o que fazer com o seu tempo livre. No mínimo, o resultado encontrado deve subsidiar a Prefeitura na reflexão que deve empreender sobre por que razões os moradores não percebem as possibilidades de lazer na cidade.

Estes resultados reforçam a importância de pesquisas que construam índices subjetivos, corroboram a importância de conhecer as representações e percepções das pessoas que vivem o cotidiano do lugar e fornecem subsídios para reflexão desses dados e dos objetivos. Índices subjetivos constituem um instrumento fértil para avaliar e monitorar ações públicas e de entidades não-governamentais, de maneira a que, associados a indicadores objetivos, possibilitem uma reflexão de maior abrangência sobre uma questão tão complexa como a da qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

MINAYO, M.C.S; HARTZ, Z. M. A & BUSS, P. M. - Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência & Saúde Coletiva. Volume 5, número 1, 2000.

TEVES, Nilda - Imaginário Social e educação. Rio de Janeiro, Gryphus: Faculdade de Educação da UFRJ, 1992.



Contribuição para reflexão sobre qualidade de vida

Alexandra C. de Freitas*
Massumi Kamimura**
Mônica F. Horta***

Resenha do livro "Qualidade de vida: observatórios, experiências e metodologias" organizado por Tânia M. M. Keinert e Ana Paula Karruz – São Paulo: Annablume: Fapesp, 2002.

Os autores produzem significativo conhecimento em torno de um conceito tão amplamente utilizado nos dias de hoje, quanto distante de um consenso entre as diversas definições encontráveis nos vários estudos realizados: o de qualidade de vida. E o fazem enquanto apresentam o processo de construção do Observatório de Qualidade de Vida de Santo André (OQVSA), uma iniciativa conjunta do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, da Prefeitura de Santo André e do Instituto de Governo e Cidadania do ABC, apoiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

Com uma importante preocupação com a clareza, a primeira parte do livro se incumbe da discussão de conceitos essenciais, como o de cidade e cidadania, indicadores, sistemas de informação, bem como ao detalhamento conceitual de processos complexos como o de formulação de políticas públicas em prol do desenvolvimento humano no âmbito local.

Na segunda parte são apresentados alguns trabalhos expostos no seminário "Qualidade de vida: observatório, experiências e metodologias", ocorrido no município de Santo André em junho de 2001. Trata-se da exposição de diferentes experiências de gestão e monitoramento da qualidade de vida, assim como da apresentação de diversas reflexões acerca da participação popular, do desenvolvimento local, da intersetorialidade, entre outras, todos eles temas intrínsecos à construção da qualidade de vida de uma população.

Na análise do termo qualidade de vida há a apresentação de diferentes conceitos adotados por vários autores. Estas conceituações levam em consideração a possibilidade de seu uso no planejamento do desenvolvimento socioeconômico e nas práticas de gestão pública; além de reconhecer que o entendimento que cada comunidade apresenta de uma "vida com qualidade" é que constrói a noção de qualidade de vida. Para os propósitos do projeto OQVSA adotou-se como qualidade de vida a capacidade de uma comunidade desfrutar de uma vida-média longa de forma saudável, ou seja, viver muito e viver bem. Assim, a longevidade é abordada com bastante destaque, sendo considerada a

via de entrada para um estudo de qualidade de vida; em torno dela são elaborados estudos temáticos como: violência e segurança pública, trânsito e transporte, qualidade da educação, ambiente físico, saúde, condições habitacionais, qualidade dos serviços básicos, emprego e renda, seguridade, existência de canais de participação popular etc.

O livro incita à reflexão sobre o papel dos municípios monitorando e aprimorando as diversas dimensões do conceito de qualidade de vida, captando a percepção e os anseios da população local sobre o tema e promovendo a participação efetiva da comunidade em relação aos destinos, à gestão e à produção da cidade. De fácil leitura, amplia conhecimento e incita à reflexão sobre qualidade de vida e seus determinantes, colaborando para futuras discussões e monitoramento da qualidade de vida em outros municípios. Por abranger diferentes temáticas que envolvem a qualidade de vida, não há restrição de público para apreciá-lo.

* Nutricionista, Aprimoranda do Instituto de Saúde.
Email: ale.cfreytas@terra.com.br

** Psicóloga, Aprimoranda do Instituto de Saúde.

*** Nutricionista, Aprimoranda do Instituto de Saúde.



Até que ponto somos donos do nosso tempo?

Tereza Toma*

Resenha do livro "Reengenharia do Tempo" de Rosiska Darcy de Oliveira

Rocco, Rio de Janeiro, 2003

"Na minha infância, ganhar a vida significava garantir a sobrevivência graças a um trabalho remunerado. Hoje, a expressão ganhar a vida tem para mim um sentido diferente. Entendo-a ao pé da letra: trata-se de recuperá-la, trazê-la de volta em sua múltiplas dimensões de fruição do mundo, andando na contramão da inclemente invasão da mentalidade produtivista, que expropria a vida privada, tragando os momentos de amor e lazer. Ganhar a vida significa, antes de mais nada, reapropriar-se de sua matéria-prima: o tempo."

Assim começa este livro, cuja leitura se faz em pouco tempo, tal é a sua capacidade de nos manter interessados, tanto pela forma da escrita quanto por seu conteúdo.

É interessante como um livro pode cair em nossas mãos. Este, por exemplo, fui buscar após ouvir uma entrevista com a autora em um programa de rádio. Imediatamente fui seduzida por suas idéias inovadoras a respeito da nossa constante queixa de falta de tempo.

"*Hoje é o trabalho que ganha a nossa vida.*" Temos essa sensação frequentemente e, muitas vezes, dizemos que o dia deveria ter mais de 24 horas. Ao contrário, o que Rosiska propõe é a reengenharia do tempo como forma de corrigir essa inversão de valores. Reengenharia, uma palavra da década de 90, surge no bojo das mudanças nos métodos de produção e gestão propostas por grandes corporações que buscavam tornar-se mais eficientes.

Como mulher, esposa, mãe e trabalhadora em tempo integral, tendo vivenciado algumas das situações apresentadas no livro, tendo compartilhado com outras mulheres falas acerca do nosso "terceiro turno", o que nos espera em casa após jornada completa de trabalho fora, gostei particularmente da construção que a autora faz acerca das conquistas das mulheres na vida pública e os equívocos que são necessários mudar. Se algumas questões, relegadas a segundo plano ou mesmo não adequadamente refletidas, serviram ao propósito da luta das mulheres em décadas passadas, hoje seria necessário discutir e corrigir o rumo.

Para que as mulheres sejam donas de seu tempo não basta ter ao lado companheiros compreensivos e apoiadores, é preciso ir além, discutir seriamente a relação/equilíbrio entre vida pública e vida privada. É necessário dar à vida privada o status que ela merece, para que possamos curtir nossa vida doméstica sem a sensação de estar roubando tempo do trabalho remunerado.

No capítulo "Pistas", são apresentadas experiências inovadoras que podem servir como ponto de partida para se pensar o que seria viável em nosso meio. A autora apresenta experiências de reengenharia que mostram como a noção do tempo é encarada nos diferentes países. Nos Estados Unidos, por exemplo, onde "time is money", a reengenharia do tempo tem sido mais negligenciada do que nos países da comunidade européia. Na Suécia deu-se início a esse movimento de reengenharia ao se criar uma licença remunerada que pode ser gozada igualmente por mãe e pai, além de ter-se readequado a rede de serviços públicos de creches. Na Holanda, evoluiu-se para o trabalho em tempo parcial e na Itália se reconhece que o problema não é das mulheres, mas sim da família, e o debate tem levado a soluções extremamente criativas em algumas de suas cidades. Na França, por outro lado, a luta pelo reconhecimento do trabalho em casa levou à remuneração das mulheres por meio de um salário doméstico, que seria uma solução contestável se considerarmos que as relações na vida privada se rege – ou, deve-se reger - por outros valores.

Embora utópico, esse futuro em que seremos donas do nosso tempo, a leitura nos leva a considerar que é necessário começar a pensar sobre o assunto como única forma de garantir a equidade de gênero, o adequado cuidado às crianças e, portanto, a boa qualidade de vida. Se chegamos à Lua e estamos explorando Marte, é plausível pensar que mulheres e homens serão capazes de buscar uma solução criativa para a reengenharia do tempo, que conforme a autora "*é construir, com nossos fragmentos, figuras coerentes, inteligíveis e luminosas como um vitral. O que é obra de artistas, entregues à arte de viver.*"

* Médica e pesquisadora, coordenadora do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto de Saúde. Email: ttoma@isaude.sp.gov.br



Navegue!

Nessa seção, o BIS disponibiliza ao leitor endereços eletrônicos sobre o tema da Qualidade de Vida. Encontram-se na Internet tanto Listas de Discussão, quanto "sites" temáticos ou institucionais. A relação abaixo foi reunida e sugerida por Carlos Tato Cortizo* e Elaine Batista**, por solicitação da editoria do Boletim do Instituto de Saúde.

SITES

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil
(Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento)
<http://www.pnud.org.br/>

Biblioteca Virtual de Direitos Humanos – USP
<http://www.direitoshumanos.usp.br/principal.html>

Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública
<http://www.crisp.ufmg.br>

Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em
Cidades e Municípios Saudáveis
<http://www.cidadessaudaveis.org.br/cepedoc.htm>

Direitos e Desejos Humanos no Ciberespaço
<http://www.dhnet.org.br/>

Fórum Gestão de Cidades – Cátedra Celso Daniel
<http://www.metodista.br/forumdecidades>

Índice de Qualidade de Vida Urbana –
Prefeitura Municipal de Belo Horizonte - MG
http://portal2.pbh.gov.br/pbh/pgEDOCUMENT_VisualizaConteudo_Header.html?query=pp_conteudo.id=1790

Índice Paulista de Responsabilidade Social
http://www.al.sp.gov.br/index_iprs.htm

Indicadores Sociais/ QV – Rio Grande do Sul
<http://www.riogrande.com.br/indicadores/data9.htm>

Instituto Observatório Mundial
<http://www.wiiuma.org.br/>

Observatório Europeu de Sistemas de Saúde
(European Observatory on Health System)
<http://www.observatory.dk>

Observatório Global Urbano – Global Urban Observatory
<http://www.unchs.org/programmes/guo/>

Observatório de Cidadania
<http://www.ibase.br>

Observatório de Desenvolvimento (ODD)
<http://www.odd.ucr.ac.cr>

Observatório do Futuro do Trabalho
<http://www.observatorio.sp.gov.br>

Observatório de Políticas Urbanas e Gestão Municipal
<http://www.ippur.ufrj.br/observatorio>

Observatório da Competitividade e Qualidade de Vida
<http://www.observatorios.adrvc.pt>

Observatório Social da América Latina (OSAL), em espanhol.
<http://osal.clacso.org>

Observatório Social da Argentina
www.observatoriosocial.com.ar

Observatório Econômico de Santo André - SP
http://www.santoandre.sp.gov.br/bn_conteudo_secao.asp?opr=273

Organização Mundial de Saúde – Instrumentos de Avaliação
da Qualidade de Vida – WHOQOL
<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>

Programa de Aprimoramento das Informações
sobre Mortalidade (PROAIM)
<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/mortalidade/0012>

Projeto de Indicadores de Sustentabilidade para o
Texas Central (Em Inglês)
<http://www.centex-indicators.org/index.html>

Projeto de Indicadores de Sustentabilidade - EUA
(Em Inglês)
http://www.centex-indicators.org/links_cities.html

Rede Nacional de Direitos Humanos
<http://www.rndh.gov.br/oquee.html>

Social Watch
<http://www.observatoriosocial.org.br>

* Tecnólogo, Assistente de Pesquisa Científica e Tecnológica do Instituto de Saúde. Email: tato@isaude.sp.gov.br

** Auxiliar de Pesquisa do Núcleo de Políticas do Instituto de Saúde



qualidade de vida