



Revista Brasileira em Promoção da Saúde

ISSN: 1806-1222

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza

Brasil

Barroso Barcelos, Mara Rejane; Fadel de Vasconcellos, Luiz Carlos; Cynamon Cohen, Simone

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ADOLESCENTES EM TERRITÓRIOS VULNERÁVEIS

Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 23, núm. 3, julio-septiembre, 2010, pp. 288-293

Universidade de Fortaleza

Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40818208013>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ADOLESCENTES EM TERRITÓRIOS VULNERÁVEIS

*Public policies for adolescents in vulnerable areas*

**Perspectivas e Controvérsias**

## RESUMO

**Objetivo:** Caracterizar as políticas intersetoriais voltadas para o adolescente, a partir das seguintes variáveis analíticas: adolescência, interdisciplinaridade, intersetorialidade e Sistema Único de Saúde; vulnerabilidade e território; municípios e comunidades saudáveis. **Métodos:** Estudo de natureza documental bibliográfica, no qual se buscou o significado da adolescência, a razão do investimento público nesse segmento social e a discussão da norma e do aparelho de Estado para sua sustentação. Utilizaram-se como categorias de análise: intersetorialidade, complexidade sistêmica da saúde, território de vulnerabilidade, delimitação espacial da política, rede social e espaços saudáveis. **Resultados:** Políticas públicas integradas em espaços saudáveis têm sido implementadas em diversos locais, tendo a adolescência como objeto focal. As políticas dirigidas a adolescentes, cuja representação simbólica os considera mais independentes e positivos na realidade social, tendem a criar oportunidades e empoderamento mais significativo dos sujeitos. **Conclusão:** No Estado brasileiro são bem vindos novos espaços de sociabilidade do adolescente, que funcionem como agências socializadoras, contribuam na construção da subjetividade do adolescente, paudem-se na recuperação de valores sociais, e na preparação para a vida a partir de uma consciência ética e cidadã.

**Descritores:** Políticas Públicas de Saúde; Ação Intersetorial; Vulnerabilidade; Promoção da Saúde; Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** To characterize the cross-sector policies aimed at the teenager, from the following analytical variables: adolescence, interdisciplinary, intersectionality and Health System; vulnerability and territory, healthy municipalities and communities. **Methods:** A documentary literature review, in which we sought the meaning of adolescence, the ratio of public investment in this segment and a discussion on the social norm and the state apparatus for their support. We used as categories of analysis: intersectionality, systemic complexity of health, territory of vulnerability, spatial delimitation of policy, social network and healthy spaces. **Results:** Public policies integrated into healthy spaces have been implemented in several places having adolescence as a focal object. Policies aimed at teenagers, whose symbolic representation considers them more independent and positive in social reality, tend to create more meaningful opportunities and empowerment of individuals. **Conclusion:** In Brazilian State, new spaces of sociability of the adolescent are welcome, serving as socializing agencies, contributing to the construction of the subjectivity of the adolescent, based in the recovery of social values and preparing for life as from an ethical and civic consciousness.

**Descriptors:** Health Public Policy; Intersectorial Action; Vulnerability; Health Promotion; Health System.

**Mara Rejane Barroso Barcelos<sup>(1,2)</sup>**  
**Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos<sup>(3)</sup>**  
**Simone Cynamon Cohen<sup>(3)</sup>**

1) Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Vitória (ES) - Brasil

2) Prefeitura Municipal de Vitória - (ES) - Brasil

3) Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro (RJ) - Brasil

Recebido em: 15/01/2010  
Revisado em: 18/07/2010  
Aceito em: 21/08/2010

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos têm sido propostas e criadas, em diversos locais, políticas integradas em espaços saudáveis: ambientes, municípios, cidades, territórios, empresas, entre outros, como reflexo do enfoque da promoção da saúde, cuja confluência de seus postulados, desde a Declaração de Alma-Ata (1978), culminou com a Carta de Ottawa (1986). Nessa linha, a promoção da saúde foi consignada como política do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da Portaria 687, de 30-3-2006, do Ministério da Saúde, cujo documento-guia foi a Política Nacional de Promoção da Saúde<sup>(1)</sup>. As políticas sociais focais, nascidas no âmbito da esfera federal, que têm como alvo a adolescência e a juventude em territórios de vulnerabilidade, imprescinde reconhecer as particularidades dos vários municípios brasileiros, com suas distintas realidades de vulnerabilidade social, e buscar somar-se às políticas locais já existentes.

As propostas de ação, para cada município em particular, mostram-se bastante diferenciadas e isoladas, mas, inseridas numa perspectiva integrada de desenvolvimento regional, apontam para a saúde como eixo da inclusão social<sup>(2)</sup>. Ressalta-se a viabilidade e a adequação de propostas que enfrentem o desafio da constituição de projetos intersetoriais e interdisciplinares, traçando elos conectivos entre as áreas, almejando um campo técnico e político mais efetivo, onde saúde, educação e cultura se entrecruzem e se conectem, somando esforços para a diminuição das vulnerabilidades, e fortalecendo as redes sociais de suporte para a infância e a juventude<sup>(3)</sup>.

Uma política pública intersetorial focada na adolescência estará necessariamente lidando com variáveis, cujo significado e compreensão dos responsáveis pela formulação e implementação da política ditará o rumo dos resultados. Assim, algumas categorias de análise são centrais na compreensão e na discussão da política. O significado da adolescência e a razão do investimento público nesse segmento da sociedade, a norma legal que dará sustentação às ações no e do aparelho de Estado, a forma como se enfoca e viabiliza a intersetorialidade e o comportamento dos pares nesse contexto e, finalmente, os territórios de vulnerabilidade que serão palco das operações, constituem um elenco de variáveis analíticas, cuja dinâmica dará a dimensão da governança e do êxito ou não da política.

O objetivo deste estudo foi caracterizar as políticas intersetoriais voltadas para o adolescente, a partir das variáveis analíticas: adolescência; interdisciplinaridade, intersetorialidade e Sistema Único de Saúde; vulnerabilidade e território; Municípios e comunidades saudáveis.

## Adolescência

A ideia de que entre a infância e a fase adulta existe um período intermediário, com características próprias, é recente. Sua emergência está relacionada às transformações ocorridas no último século e seus impactos refletem na organização do trabalho e nos comportamentos reprodutivos<sup>(4)</sup>. Adolescente e jovem são categorias constituídas por meninos e meninas que trazem experiências, práticas sociais e estilos de vida distintos, em função das características de gênero e das atribuições de papéis sociais destas decorrentes, suas complexas articulações com classe social, raça e etnia, e as marcas que estas pertenças imprimem à subjetividade de cada um em si mesmo, inserido em seu grupo.

A Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e dá outras providências, em seu Título I, Art. 2º estabelece: “Considera-se criança para os efeitos dessa Lei, a pessoa até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade”<sup>(5)</sup>. Embora essa definição do ECA seja o marco regulatório que estabelece parâmetros para a definição de abrangências etárias, outros parâmetros devem ser considerados.

Quando se distinguem a adolescência e a juventude por recortes etários, em que adolescentes seriam pessoas de 10 a 20 anos e jovens entre 15 e 24 anos<sup>(6)</sup>, observa-se uma intersecção importante entre as duas faixas. Os significados relacionados à ideia de adolescência têm, em geral, um caráter negativo, remetendo à dependência, irresponsabilidade, dificuldades emocionais e impulsividade, enquanto os do jovem são altamente positivados, remetendo à independência, criatividade e responsabilidade<sup>(4)</sup>. O grupo de 10 a 20 anos representa aproximadamente 21% da população do Brasil<sup>(7)</sup>. Com relação à classe social, apenas 20% dos adolescentes brasileiros pertencem às categorias A e B e 50% dos jovens de 15 a 20 anos são pobres ou extremamente pobres<sup>(8)</sup>.

Além da categorização de adolescente e jovem superpor dados quantitativos que, eventualmente, confundem metas atingíveis das políticas, as representações simbólicas de suas marcas confundem o próprio objeto da política. Assim, políticas voltadas para o adolescente, tendo como pano de fundo o simbólico da rebeldia e irresponsabilidade, serão pautadas por práticas muitas vezes coercitivas e autoritárias no decurso das ações compartilhadas com os sujeitos-alvo. Já as políticas públicas dirigidas a jovens, cuja representação simbólica os considera mais independentes e positivados na realidade social, tendem a criar oportunidades e

empoderamento mais significativo dos sujeitos. Ambas as políticas, tomadas como eixos diretivos estreitos em sua ideologia de olhar o sujeito, perdem em amplitude e tendem a manter contingentes significativos excluídos. A compreensão de adolescência, como objeto focal da política pública, exige uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, tanto no reconhecimento dos sujeitos e suas necessidades, quanto no diagnóstico da margem de erros dessa avaliação.

### **Interdisciplinaridade, intersetorialidade e Sistema Único de Saúde**

A interdisciplinaridade e a intersetorialidade constituem fatores de inovação na gestão das políticas sociais, identificando os problemas, integrando saberes e experiências das demais políticas, e possibilitando que os sujeitos passem a desempenhar um papel ativo e criativo nesse processo<sup>(9)</sup>.

A rede intersetorial é a articulação objetiva das ações interinstitucionais e a interação entre seus agentes, além da presença de canais definidos de comunicação entre os serviços que compõem o conjunto e, potencialmente, participam da rede<sup>(10)</sup>. A ação intersetorial é privilegiada em função da necessidade de se integrar os diversos atores sociais e organizacionais na gestão das políticas, cuja miscibilidade do discurso interdisciplinar qualifica o enfrentamento da complexidade dos problemas sociais. Nesse contexto, intersetorialidade e interdisciplinaridade caminham inseparáveis quando a política pública exige a incorporação de elementos viabilizadores para o seu êxito, como é o caso da integração de órgãos e organismos sociais, de intervenção sobre territórios específicos em que se situam bolsões de iniquidade e vulnerabilidade, e reconhecimento e garantia de direitos sociais.

De certo modo, é uma nova maneira de abordar os problemas sociais, constituindo-se de uma concepção integralizadora que forma uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, na perspectiva da equidade, com garantia de acesso positivamente desigual aos desiguais, num universo o mais totalizador possível do conjunto da população. Esses elementos constitutivos do ideário do SUS – integralidade, equidade, universalidade – colocam o SUS numa posição de vanguarda para a condução partilhada das políticas, em que a variável saúde é um elemento protagonista da política.

Com esse sentido, considera-se que o SUS e seus aparelhos de efetivação da política ocupem um local privilegiado nesse tipo de programas sociais do Estado brasileiro, com um novo modelo sistêmico de política de Estado, apesar de ser, ainda, muito pouco experimentado<sup>(11)</sup>. A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19-9-1990), nos seus

artigos 12, 13 e 14, diz que o sistema criará “[...] comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil [...]”, deixando em aberto a articulação das políticas e programas, a cargo dessas comissões, apesar de apontar para alguns temas especiais e, ainda, estabelece a criação de comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior<sup>(12)</sup>. O SUS é um sistema bem definido e bem demonstrado na lei que o rege, aglutinador de políticas públicas intersetoriais para dar conta de prover saúde à população brasileira, em todas as suas interfaces Estado-sociedade<sup>(11)</sup>. Levando em consideração as premissas de um SUS “sistêmico”, o setor saúde teria, ou deveria ter, a competência para ser o “carro chefe” de uma política intersetorial, cujo aporte da atual Política Nacional de Atenção Básica traria uma capilaridade e penetração capaz de lhe oferecer maior sustentação e perenidade.

### **Vulnerabilidade e território – o contexto político local**

A literatura médica e sociológica, assim como a mídia, tem valorizado a discussão da associação entre a adolescência e a sexualidade decorrente tanto de fatores de natureza biológica, quanto da autonomia relativa e ambígua que os jovens desfrutam na família e na sociedade, levando a problemas, perigos e riscos. Isso é observado em sociedades modernas e se acentua em sociedades que passaram por rápida urbanização. Para essa situação, foi eleito o termo “vulnerabilidade” em substituição ao termo “situação de risco”, que remete à ideia de pessoas perigosas para a sociedade<sup>(2)</sup>.

A vulnerabilidade pode ser vista como o produto da interação entre características de um indivíduo, cognição, afeto, psiquismo e estruturas sociais de desigualdade de gênero, classe e raça determinando acessos, oportunidades e produzindo sentidos para o sujeito sobre ele mesmo e o mundo<sup>(4)</sup>. A proposta de ações em saúde para um determinado município deve levar em conta a sua dimensão cultural, estrutura de família, economia e estilo de vida, mas pode ser pensada a partir de dados gerais e indicadores de vulnerabilidade<sup>(2)</sup>.

Os indicadores de vulnerabilidade são utilizados na determinação do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), porque refletem a interação dos fenômenos da vida real. São variáveis de vulnerabilidade com expressiva determinação, entre outras: percentual de adolescentes do sexo feminino entre 15 e 17 anos com filhos; percentual de crianças e adolescentes do sexo feminino entre 10 e 14 anos com filhos; taxa de fecundidade

total, percentual de crianças de 7 a 14 anos analfabetas; percentual de crianças em domicílios com renda *per capita* mensal menor que R\$75,50; percentual de adolescentes de 15 a 17 anos analfabetos; percentual de adolescentes do sexo feminino; percentual de crianças de 10 a 14 anos analfabetas; percentual de crianças em domicílios com renda *per capita* mensal menor que R\$37,75; percentual de pessoas que vivem em famílias com razão de dependência maior que 75%, percentual de mulheres chefes de família sem cônjuge e com filhos menores de 15 anos<sup>(2)</sup>.

A dinâmica social, dos hábitos e costumes, originada nas interações de grupos sociais em determinados espaços geográficos, é determinante para o reconhecimento de vulnerabilidades para a saúde humana<sup>(13)</sup>. Observa-se que os determinantes da vulnerabilidade se sobrepõem e resultam no acirramento de áreas geográficas em que a pobreza extrapola a esfera econômica e acirra o recrudescimento do desenvolvimento das pessoas e da sociedade<sup>(14)</sup>.

A intervenção no território propiciando o acolhimento, a escuta e o encaminhamento para as diferentes demandas das crianças e adolescentes é uma tecnologia possível que permite a construção de redes pessoais e sociais de suporte. Assim, a delimitação da política setorial em território de vulnerabilidade enxerga o território como base geográfica, política e econômica do Estado, com suas interrelações em nível local, municipal, estadual ou federal. A análise do território constitui peça fundamental da ação em saúde, pois é nele, também, que interage o processo saúde-doença-cuidado com as estruturas dos serviços de Saúde.

O espaço geográfico é definido como “[...] um conjunto indissociável de sistemas de ações e objetos”. Os objetos são esse extenso, essa objetividade, isso que se cria fora do indivíduo e se torna instrumental de sua vida. São do domínio tanto da Geografia Física quanto da Geografia Humana que, através da história desses objetos, da forma como foram produzidos e alterados, essas geografias se encontram<sup>(15)</sup>.

Na perspectiva integradora observa-se o território como revelador de parte ou de todas as dimensões sociais: política (espaço delimitado e controlado por relações de poder); cultural (produto da apropriação, da valorização simbólica de um grupo em relação ao espaço vivido); econômica (passa a existir quando consiste em fonte de recursos e/ou incorporado no debate entre classes sociais e na relação entre capital-trabalho); e naturalista (se baseia no entendimento exclusivo das relações entre a sociedade e a natureza)<sup>(16)</sup>.

A proposta de ações em saúde para um pequeno município, levando em conta sua dimensão cultural, estrutura de família, economia e estilo de vida, não pode ser absolutamente a mesma que se possa encaminhar para

a média e a grande cidade<sup>(2,14)</sup>, mas pode ser pensada a partir de dados gerais e indicadores de vulnerabilidade<sup>(2)</sup>. Nesse contexto, as redes sociais que integram pessoas, organizações públicas e agentes econômicos preocupados com a realidade social do município, constituem um meio para tornar mais eficaz a gestão das políticas sociais<sup>(9)</sup>. Cada membro da rede preserva sua identidade na gestão dos recursos, e a articulação de todos os seus membros faz com que se integrem, tanto na concepção dos direitos sociais como na sua execução, para garantir à população seus direitos sociais.

Trabalhar em rede é compartilhamento, é transparência, é democracia. As redes são um exercício constante de convivência, construído com diálogo, confiança, integração de recursos e preservação de autonomia das partes. Exercício nem sempre fácil, pois envolve processo de transição e criação de condições para o desenvolvimento de novas competências municipais, requer processos diferenciados de mudanças que sejam compatíveis com as condições existentes em cada região do município<sup>(17)</sup>.

## Municípios e comunidades saudáveis (MCS)

Segundo a Organização Panamericana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde, a estratégia de MCS traduz-se na criação de espaços e entornos saudáveis, e é representada por iniciativas locais, mais efetivas de promoção da saúde, que enfoquem nos determinantes da saúde (biologia humana, meio ambiente e estilo de vida) como consequência das enfermidades. O objetivo desta iniciativa é facilitar os processos para que as pessoas possam melhorar suas condições de vida e, consequentemente, sua qualidade de vida<sup>(18)</sup>.

Todos os países das Américas firmaram na Declaração de México o compromisso para implementar planos de ações nacionais de promoção da saúde, em reconhecimento do papel fundamental que a promoção da saúde exerce sobre um bom governo<sup>(19)</sup>. As tendências globais visam à descentralização das políticas sociais e ressaltam o papel importante das autoridades locais (municipais) na definição de políticas e execução de programas sociais que beneficiam áreas precárias, na administração e distribuição dos recursos e na coordenação de ações multisetoriais entre organizações estatais, organismos não governamentais e comunidades.

O marco conceitual da estratégia de cooperação técnica da Organização Panamericana de Saúde em promoção da saúde e seu plano estratégico de ação é baseado na Carta de Ottawa, que define como pré-requisitos para saúde: paz; habitação; educação; alimentação; salário; ecossistema estável; recursos sustentáveis; justiça social e equidade. Assim, em essência, é considerado município saudável

aquele em que existe um pacto social entre as organizações representativas da sociedade civil, as instituições de vários setores e as autoridades políticas locais para a execução de ações de saúde que visem melhorar a qualidade de vida da população. Sua missão consiste em fortalecer a execução das atividades de promoção e proteção da saúde em âmbito local, colocando a promoção da saúde como a mais alta prioridade da agenda política, convidando as autoridades do governo e da comunidade, fomentando o diálogo e compartilhando conhecimentos e experiências, assim como estimulando a colaboração entre municípios e comunidades. Dessa forma a estratégia de MCS é parte de um processo global de descentralização e democratização que apóia as iniciativas locais no marco da gestão local e da participação comunitária<sup>(18)</sup>.

Uma municipalidade se converte em saudável quando se estabelece um processo com forte apoio político, assim como grande nível de participação e ação comunitária e um forte compromisso formal para implementar um plano de ação de desenvolvimento sustentável para melhorar as condições sociais a longo prazo com metas para garantir a saúde e a qualidade de vida de todos aqueles que vivem em um ambiente determinado.

É fundamental que o pessoal técnico tenha conhecimento sobre a estratégia de MCS e adote uma rotina de apoio à sua construção e promulgação, que deverá se desenvolver de forma intersetorial, pois vários dos determinantes da saúde e da qualidade de vida estão fora da área da saúde. O governo municipal, para desenvolver a estratégia de MCS, seja qual for a prioridade da comunidade: ambiental, social, educacional, segurança, obras públicas, entre outros; deve contar com a corresponsabilidade da própria comunidade para melhorar suas condições de vida.

Assim, entre os conceitos-chave relacionados à estratégia MCS estão: a) fortalecer a prática de atividades relacionadas à promoção da saúde em âmbito local, colocando a promoção da saúde na agenda política das autoridades locais; b) construir e fortalecer alianças intersetoriais para melhorar as condições sociais e de vida nos lugares onde as pessoas vivem; c) realizar esforços para estabelecer e assegurar políticas públicas saudáveis, manutenção do meio ambiente e de espaços saudáveis, e promoção de estilos de vida saudáveis; d) desempenhar um papel integral na construção de um município ou comunidade saudável, potencializando, socialmente, os atores convocados e incluídos.

As alianças estratégicas constituem um fator-chave para o desenvolvimento das estratégias de MCS. As mais comuns se realizam com agências governamentais, instituições de saúde e outros setores afins como educação; justiça; legislação; transporte; agricultura; ONG's; escolas e universidades; meios massivos de comunicação; grupos

religiosos e organizações públicas e privadas; entre outros. Em nível local, os representantes municipais estão em melhor posição de convidar políticos, administradores de outros setores e das próprias comunidades para coordenar projetos conjuntos. Assim é possível atender a demandas específicas e buscar soluções próprias para a comunidade, convertendo o esforço conjunto em ações concretas que conduzam a uma melhor qualidade de vida.

## CONCLUSÃO

Ao se implantar uma política pautada nos ideais da Reforma Sanitária Brasileira busca-se avançar no trato das questões dos adolescentes brasileiros. O SUS e seus aparelhos de efetivação da política devem ocupar um local privilegiado nesse tipo de programas sociais em territórios vulneráveis do Estado brasileiro. Nele são bem vindos novos espaços de sociabilidade do adolescente, que funcionem como agências socializadoras, que contribuam na construção da subjetividade do adolescente, e se pautem na recuperação de valores sociais, bem como na preparação para a vida a partir de uma consciência ética e cidadã.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União. 2006;63 (Seção 1):138 [acesso em 2009 Mar 30]. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006.pdf)>.
2. Silva OMP, Panhoca L. A contribuição da vulnerabilidade na determinação do índice de desenvolvimento humano: estudando o estado de Santa Catarina. Cienc Saúde Coletiva. 2007; 12(5):1209-19.
3. Lopes RE, Malfitano APS. Ação social e intersetorialidade: relato de uma experiência na interface entre saúde, educação e cultura. Interface (Botucatu). 2006; 10(20):505-15 [acesso em 2008 Mai 2]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832006000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200016&lng=en&nrm=iso).
4. Villela WV, Doreto DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. Cad Saúde Pública. 2006; 22 (11): 2467-72.
5. Estatuto da criança e do adolescente. São Paulo: Cortez; 1990.
6. World Health Organization. Family and reproductive health, women's health and development program. Geneva; 1997.

- 
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000 [acesso em 2007 Nov 2]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>.
  8. Campos AG, Amorim RLC, Garcia RC, editores. Brasil: o estado de uma Nação. Brasília: IPEA; 2007
  9. Junqueira LAP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde Soc.* 2004;13(1):25-36.
  10. Kiss LB, Schraiber LB, d'Oliveira AFPL. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface (Botucatu)*; 11(23):485-501 [acesso em 2008 Mai 20]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000300007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300007&lng=pt&nrm=iso).
  12. Vasconcellos LCF. Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Osvaldo Cruz; 2007.
  13. Lei orgânica da saúde (BR). Brasília: Ministério da Saúde; 1991.
  14. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(3):898-906.
  15. Carvalheiro JR. Condições de saúde e qualidade de vida na cidade. *Anais do VI Congresso Paulista de Saúde Pública*, 1999, Águas de Lindóia, São Paulo. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública; 1999. p. 43-47.
  16. Santos M. Metamorfoses do espaço habitado. São Paulo: Hucitec; 1988.
  17. Pereira MPB, Barcellos C. O território no programa de saúde da família. *HYGÉIA, Rev Bras Geo Méd Saúde*. 2006; 2(2): 47-55.
  18. Vendrúsculo TC, Ribeiro MA, Armond LC, Almeida ECS, Ferriani MGC. As políticas sociais e a violência: uma proposta de Ribeirão Preto. *Rev Latinoam Enferm*. 2004;12(3):564-7.
  19. Organização Panamericana Saúde. El movimiento de municipios saludables en América. Washington: OPS; 1992.
  20. Organização Panamericana Saúde. 128.º Sesión del Comité Ejecutivo. Resolucion CE128.R11. Promoción de la Salud en las Américas; 2001 Jun 29. Disponível em: [http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce128\\_r11-s.pdf](http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce128_r11-s.pdf)

**Endereço para correspondência:**

Mara Rejane Barroso Barcelos  
Rua Alexandre Buaiz, 160 - Sala 111  
Bairro Enseada do Suá  
CEP: 29055-221 - Vitória - ES - Brasil  
E-mail: mararsb@gmail.com

