



Texto 8

Unidade de Aprendizagem I

Territórios da promoção da saúde e do desenvolvimento local¹

Rosa Maria da Rocha, Lenira Zancan, Maria de Fátima Lobato Tavares e Antonio Ivo de Carvalho

A perspectiva da gestão social, o conceito de território no contexto do desenvolvimento local, a problemática das redes e do controle social como estratégias de promoção da saúde e, por fim, a importância de criar uma cultura de avaliação das políticas e práticas em curso são os pontos que buscamos refletir.

Pretendemos, com isso, fornecer o embasamento teórico, de modo a ajudar você a identificar os problemas e as soluções para o desenvolvimento e a melhoria da qualidade de vida de sua localidade ou região.

Gestão social

Gestão social é um tema recente, que se introduz na sociedade brasileira na década de 1990 em meio à tensão entre processos que marcam a realidade contemporânea. Um desses processos diz respeito à globalização da economia, que mercantiliza e amplia os segmentos de atuação no social. Outro trata da regulação social tardia, por meio das conquistas de cidadania, do Estado Democrático de Direito e dos desafios da participação da sociedade civil.

Compreendemos que a gestão social é uma construção social e histórica, constitutiva da tensão entre os projetos societários de desenvolvimento em disputa no contexto atual. Assim, é concebida e viabilizada na totalidade do movimento contraditório dos projetos societários, por

¹ Texto retirado e adaptado de:

ROCHA, Rosa Maria da et al. Territórios da promoção da saúde e do desenvolvimento local. In: GONDIM, Roberta; GRABOIS, Victor; MENDES, Walter (Org.). *Qualificação de Gestores do SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011.

nós idealizados como desenvolvimento do capital e desenvolvimento da cidadania.

Para Singer (1999 apud MAIA, 2005, p. 10), a gestão social diz respeito às “ações que intervêm nas diferentes áreas da vida social para a satisfação das necessidades da população, que se colocam desde a questão do ‘abandono de crianças’ até a questão da crise do trabalho”. Nessa perspectiva, a gestão social é viabilizada pelas políticas e práticas sociais articuladas e integradoras das diversas demandas e organizações populares, universidades, entidades não governamentais e governos.

Já Carvalho (1999 apud MAIA, 2005, p. 10) relaciona gestão social como “gestão das ações públicas, viabilizadas a partir das necessidades e demandas apontadas pela população, através de projetos, programas e políticas públicas, que assegurem respostas efetivas à realidade das maiorias”.

A autora enfatiza o protagonismo da sociedade civil no sentido da identificação das necessidades e demandas, assim como a proposição e controle de ações e políticas a serem assumidas pelo Estado.

Dowbor (1999) remete a gestão social

à transformação da sociedade, em que a atividade econômica passa a ser o meio e o bem-estar social, o fim do desenvolvimento. Para isso, indica a necessidade da construção de um novo paradigma organizacional, a partir da redefinição da relação entre o político, o econômico e o social.

O autor propõe a articulação entre empresários, administradores públicos, políticos, organizações não governamentais, sindicatos, pesquisadores, movimentos sociais, universidades e representantes comunitários, entre outros (DOWBOR, 1999).

Fischer (2002 apud MAIA, 2005, p. 10) indica que “o campo da gestão social é o campo do desenvolvimento social, que se constitui como um processo social, a partir de múltiplas origens e interesses, mediados por relações de poder, de conflito e de aprendizagem”.

Nessa perspectiva de gestão social estão especialmente identificados como sujeitos os indivíduos, grupos e coletividades interessados, mediados por redes ou por interorganizações.

No contexto atual, dadas as condições postas e impostas pelo projeto de um desenvolvimento hegemônico, podemos reconhecer que a gestão social também se apresenta como hegemônica, constrói-se fundada

nas suas perspectivas, podendo ser facilmente identificada como uma “gestão contra o social”. Essa denominação foi mostrada por Ribeiro (2000 apud MAIA, 2005) quando de sua afirmação “sociedade contra o social”, em vista da caracterização do projeto societário do capital.

A gestão contra o social apresenta-se como estratégia tecnológica e instrumental, viabilizadora da qualificação e eficiência do trabalho e organizações do campo social, voltada para o fortalecimento do capital e não da cidadania.

A ênfase está na reificação da técnica (BARBOSA, 2004 apud MAIA, 2005) por meio de ferramentas ou produtos, como projetos, marketing social, balanço social, empreendedorismo, responsabilidade social, ação voluntária, entre outros serviços oferecidos às pessoas e comunidades, que são reconhecidos como objetos e não como sujeitos ou agentes desse fazer (NOGUEIRA, 2004 apud MAIA, 2005).

A gestão do social no desenvolvimento do capital é introduzida especialmente pelo denominado terceiro setor, que chegou ao Brasil e demais países da América Latina na década de 1990, por influência americana e europeia (LANDIM, 1999 apud MAIA, 2005).

Desponta, com o terceiro setor, a dimensão social que se torna tema público da sociedade, especialmente a partir do chamamento à responsabilidade social – condição de extremo valor para o enfrentamento às expressões da questão social. Porém, esse movimento acontece como estratégia de fragilização crescente da responsabilidade pública do Estado, provocada pelo desenvolvimento do capital, que se institucionaliza nas práticas de reforma das empresas sociais e do Estado brasileiro introduzidas nesse mesmo período.

As práticas sociais, em crescente quantificação no território brasileiro, são viabilizadas em nome da solidariedade, valor importante a ser vivido pela sociedade; entretanto, ele é introduzido com uma perspectiva de despolitização das práticas sociais desenvolvidas, tratadas fora do contexto societário mais amplo, no qual a realidade é gerada.

Vale ressaltar que, nas propostas de trabalho, na lógica da gestão social e no caso da saúde, estarão especialmente identificados como sujeitos, como já visto, os indivíduos, grupos e coletividades interessados, mediados por redes ou por interorganizações.

E nesse sentido o gestor social de saúde deve ser capaz de reconhecer as potencialidades disponíveis do cenário para melhor desenvolver seus projetos em rede. O primeiro aspecto a ser considerado é assumir que

o desenvolvimento de projetos é um campo da competência do gestor e este deve ter uma posição estratégica que permita viabilizar a transformação dos problemas de saúde de sua localidade. Isso se deve não somente ao seu interesse, mas também pode ser determinado por uma demanda social hierárquica.

Por outro lado, o gestor social de saúde pode, deve e tem a capacidade de intervir sobre as situações que afetam a qualidade de vida e saúde das populações.

Outro aspecto é que o gestor deve evitar visualizar o problema de fora e, sim, apropriar-se dele. Assim, a visão muda e facilita a leitura dos outros interesses que porventura possam estar de acordo ou em contraposição. Todo local, na perspectiva da promoção da saúde, deve ter um consenso, um requisito-chave para a construção da viabilidade. Para implementação, serão necessárias ações de articulação e integração, permitindo construir uma visão coletiva que considere o respeito às diferenças. O gestor social de saúde, então, deverá promover, facilitar e implementar projetos em rede, o que significa entrar em campos mais complexos, intersetoriais, interdisciplinares e participativos.

Isso significa que o gestor social em saúde e na perspectiva da promoção da saúde desenvolve habilidade de mobilização, com vontade política para exercer a prática cotidiana da democracia, transformando-se em um ator social com liderança técnico-política para melhorar as condições de saúde de nossas comunidades, cidades e regiões.

Território

Segundo Santos (1998), “Cada homem vale pelo lugar onde está: o seu valor como produtor, consumidor, cidadão depende de sua localização no território”.

O conceito de território tem sido utilizado nas ciências em geral. Nas ciências naturais, o conceito foi formulado primeiramente no século XVII, fundamentado em estudos de botânica e de zoologia. Território significava uma área dominada por um determinado grupo de espécie animal ou vegetal.

Nas ciências sociais, o conceito foi sistematizado no século XIX pelo geógrafo Friedrich Ratzel, que fez a comparação entre Estado e organismo vivo, afirmando que os dois nascem, crescem e têm tendência a declinar ou até mesmo morrer. Essa visão colocou no centro de suas análises a necessidade de domínio territorial por parte do Estado. “O território

era, então, um dos elementos principais na formação do Estado, de modo que, na concepção de Ratzel, o Estado não existiria sem o território” (GOMES, 1984 apud SALES; SILVA; PESSOA, 2006). O território significava também as condições de trabalho e a própria condição de existência de uma sociedade, ou seja, uma área dominada por alguém ou pelo Estado (GOMES, 1984 apud SALES; SILVA; PESSOA, 2006).

No entanto, hoje temos que considerar as diversas concepções de território: político, simbólico e psicológico, entre outras. Com as constantes mudanças políticas, econômicas, sociais, culturais e ambientais que vêm ocorrendo mundialmente, as questões que se referem ao território emergem com bastante vigor, convocando esforços de diversos estudiosos das mais variadas áreas para uma melhor apreensão dessas concepções. A noção de território se apresenta para além do campo da geografia; é complexa e, por isso, rica no que diz respeito às relações sociais que se estabelecem em um dado local.

Assim, há diferentes enfoques de território:

Enquanto o geógrafo tende a enfatizar materialidade do território, em suas múltiplas dimensões (inclusive a dimensão da interação sociedade/natureza) [...], a Ciência Política enfatiza sua construção a partir de relações de poder (na maioria das vezes, ligadas à concepção de Estado); a Economia, que prefere a noção de espaço à de território, percebe-o muitas vezes como um fator locacional ou como uma das bases da produção (enquanto “força produtiva”); a Antropologia destaca sua dimensão simbólica, principalmente no estudo das sociedades ditas tradicionais (mas também no tratamento do “neotribalismo” contemporâneo); a Sociologia o enfoca a partir de sua intervenção nas relações sociais, em sentido amplo; e a Psicologia, finalmente, incorpora-o no debate sobre a construção da subjetividade ou da identidade pessoal, ampliando-a até a escala do indivíduo (COSTA, 2004 apud SALES; SILVA; PESSOA, 2006).

De acordo com o *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* (GONDIM; MONKEN, 2009):

No setor saúde os territórios estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania. Sua organização e operacionalização no espaço geográfico nacional pautam-se pelo pacto federativo e por instrumentos normativos, que asseguram os princípios e as diretrizes do Sistema de Saúde, definidos pela Constituição Federal de 1988.

[...] a territorialização em saúde se coloca como uma metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes, desenhando novas configurações loco-regionais, baseando-se no reconhecimento e esquadramento do território segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde (TEIXEIRA et al., 1998).

Costa (2004 apud SALES; SILVA; PESSOA, 2006) aponta, ainda, para a necessidade de um diálogo entre as diversas áreas do conhecimento e afirma que deva ser um diálogo interdisciplinar. A promoção da saúde em um de seus campos de ação resgata essas dimensões na medida em que considera o território como cenários (*settings*), assim como enfatiza as várias dimensões de ambiente, destacando o ambiente das relações.

A *Carta de Ottawa* também traz esse marco, ao introduzir um conceito muito ativo e interativo de saúde: “A saúde se cria e se vive no marco da vida cotidiana: nos centros de aprendizagem de trabalho e de lazer” (KICKBUSCH, 1997, p. 56).

Acreditamos que essa relação entre território-natureza-sociedade é inseparável; mostra uma dinâmica da vida cotidiana das pessoas e, portanto, dos moradores de uma determinada localidade. Essa dinâmica está representada pela intervenção dos homens no território, criando e recriando significados em torno dessa apropriação que acontece no cotidiano.

Nesse sentido, o termo territorialidade se apresenta como uma maneira de se apropriar, fazer usos da terra, do território, o que se faz pelos significados e ressignificações que os sujeitos vão construindo em torno de suas experiências de vida em cada localidade (KOGA, 2003, p. 38).

Segundo Koga (2003), o território tem dinâmicas próprias da relação estabelecida entre sociedade/natureza em cada localidade; também se expande para além dos limites geográficos:

A dimensão territorial ganha concretude justamente pelo seu aspecto intrinsecamente relacional, em decorrência não somente das relações sociais estabelecidas no lugar cotidiano, como também pela possibilidade de seu alcance com outras dimensões [...]. Pois a partir do território vai-se além da visão micro ou do localismo reducionista, tendo em vista que as próprias condições de vida do lugar remetem diretamente à relação entre populações e lugares, entre pedaço e outro da cidade, entre o lugar e a totalidade da cidade, entre a situação do lugar e as políticas que se direcionam à manutenção ou à transformação das condições de vida (KOGA, 2003, p. 55).

Assim, o território é o local concreto da realidade da vida coletiva; é nesse território que as relações entre uma dada sociedade e a natureza se expressam; é também onde as desigualdades sociais aparecem entre os cidadãos.

Situação – Os programas de saúde, os atores e o território

Interessada em avaliar as ações relacionadas à promoção da saúde, a Coordenadoria de Saúde de Área Programática (CAP) de um município de médio porte escolheu uma área geográfica, onde a deterioração socioeconômica é grande, para que se identificassem expectativas da população quanto às políticas de saúde locais.

Para tal, organizou-se uma oficina e foram convidados os principais atores do bairro. Nessa ocasião, surgiu um debate com base em questões acerca do programa implementado pelo posto de saúde, intitulado Bairro Saudável.

João, presidente da Associação, foi o primeiro a falar:

– Vocês já estão com outra novidade e ainda não deram conta do Bairro Saudável. Em nosso bairro faltam recursos para a saúde, para sensibilizar a comunidade, há falta de comunicação entre nós e os profissionais do posto de saúde. Não temos nem espaço para debater.

Maria, do grupo de convivência de idosos:

– Mas nós também estamos desarticulados. Os líderes fazem o que querem, mandam em tudo, não respondendo às nossas necessidades, e ainda utilizam as pessoas para conseguir benefícios particulares. Por outro lado, não se tem informação e alguns representantes são apáticos e descrentes em relação ao governo municipal. No final das contas o que precisamos é de mais consultas.

Tânia, cozinheira do hospital:

– A gente não pode só culpar os políticos, mas assumir nossas responsabilidades como cidadãos, participando dos espaços comunitários também e atuando em nossos ambientes de trabalho. E eu que trabalho no hospital do bairro nunca ouvi falar desse programa Bairro Saudável.

Joana, diretora do posto:

– De fato, temos muitas dificuldades para trabalhar com a diversidade, com a apatia da comunidade e até dos profissionais do posto. Algumas vezes temos conflitos que não resolvemos, que geram divergências e tensões, sem falar na participação pouco clara de uns e outros líderes. Realmente eu acho que é muito bom poder contar com a presença da CAP aqui no bairro. Vai ser preciso reavaliar inteiramente este programa.

Redes

O conceito de rede vem se transformando, nas últimas duas décadas, numa alternativa prática de organização que possibilita processos capazes de responder às demandas de flexibilidade, conectividade e descentralização das esferas contemporâneas de atuação e articulação social.

Para Fritjof Capra (2002), “redes sociais são redes de comunicação que envolvem a linguagem simbólica, os limites culturais e as relações de poder”. São também consideradas medida de política social que reconhece e incentiva a atuação das redes de solidariedade local no combate à pobreza e à exclusão social e na promoção do desenvolvimento local.

As redes sociais são capazes de expressar ideias políticas e econômicas inovadoras, com o surgimento de novos valores, pensamentos e atitudes. Esse segmento, que proporciona a ampla informação a ser compartilhada por todos, sem canais reservados e fornecendo a formação de uma cultura de participação, é possível graças ao desenvolvimento das tecnologias de comunicação e da informação, à globalização, à evolução da cidadania e à evolução do conhecimento científico sobre a vida. As redes unem os indivíduos, organizando-os de forma igualitária e democrática, e em relação aos objetivos que possuem em comum.

Para nós, da área da saúde pública, as redes têm tido um sentido importante, por se materializarem em redes de apoio social, que são as estratégias utilizadas pela população para enfrentar seus problemas de saúde-doença, bem como os entraves da vida cotidiana. A rede social é mais que um grupo de pessoas; é uma teia de relações em que os sujeitos se ligam por laços ou vínculos sociais (LACERDA et al., 2006).

As pessoas estão inseridas na sociedade por meio das relações que desenvolvem durante toda sua vida, primeiro no âmbito familiar, em seguida na escola, na comunidade em que vivem e no trabalho; enfim, são as relações que as pessoas desenvolvem e mantêm que fortalecem a esfera social. A própria natureza humana liga umas pessoas a outras e estrutura a sociedade em rede.

Nas redes sociais, cada indivíduo tem sua função e identidade cultural. Sua relação com outros vai formando um todo coeso que representa a rede. De acordo com a temática da organização da rede, é possível a formação de configurações diferenciadas que se modificam, são mutantes.

As redes sociais, segundo Marteleto (2001, p. 72), representam “um conjunto de participantes autônomos, unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados”.

A autora ressalta, ainda, que só nas últimas décadas o trabalho pessoal em redes de conexões passou a ser percebido como um instrumento organizacional, apesar de o envolvimento das pessoas em redes existir desde os primórdios da história da humanidade.

Já o “apoio social envolve o dar e o receber das relações, não se configurando como um ato isolado, mas um processo ativo de troca e reciprocidade em que todos participam e têm seu papel” (LACERDA et al., 2006).

A fragilização da rede de apoio social das pessoas idosas é um dos grandes problemas enfrentados pela saúde coletiva. Com o envelhecimento, muitas redes desenvolvidas ao longo da vida são desfeitas (seja por morte de familiares, afastamento do grupo de trabalho, bem como por restrições físicas) e acabam gerando um isolamento social. Sem uma rede de apoio, o processo de fragilização da pessoa idosa tende a ser acelerado.

A pessoa idosa pode, por exemplo, desenvolver síndromes depressivas, ter agravamento de suas restrições físicas e ficar suscetível a diversos tipos de violência.

Segundo Griep et al. (2003):

Estudos epidemiológicos identificaram associação entre ligações sociais e a ocorrência de diversos desfechos relacionados à saúde. Dentre esses desfechos, a associação entre maior apoio social e menor mortalidade geral (consideradas todas as causas) é o que apresentou, até agora, maior consistência, já que diversos estudos identificaram que indivíduos isolados socialmente apresentaram risco entre duas e cinco vezes maior de morrer, comparados àqueles que mantêm vínculos fortes com amigos, parentes ou grupos (GRIEP et al., 2003).

Você já pensou que os grupos de convivência podem se constituir em rede de apoio e de enfrentamento do isolamento social?

Controle social

Por controle social entende-se a participação da sociedade no acompanhamento e verificação das ações da gestão pública na execução das políticas públicas, avaliando os objetivos, processos e resultados. No Brasil, os resultados de pesquisas e estudos apontam para uma crescente densidade organizacional da sociedade civil por conta do descompasso entre Estado e sociedade, e da implementação de políticas públicas que objetivam a descentralização de recursos para a prestação de serviços na área social, principalmente para os setores de educação e saúde.

A trajetória das conquistas populares no Brasil tem sido importante para a mobilização social em defesa do direito à saúde. A década de

1980 foi marcada por representar o momento de institucionalização das práticas inovadoras para o setor de saúde, por terem sido estas fundamentadas na concepção da saúde como produção social e direito, e que foram consolidadas na década de 1990, nas conferências e nos conselhos de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi fundamental no processo por ter colocado no debate o aprofundamento dos grandes temas que subsidiaram a Assembleia Nacional Constituinte, culminando na inscrição, na Constituição Federal, da participação da comunidade como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde.

E as últimas conferências nacionais de saúde reafirmam como indispensáveis a implementação e o fortalecimento dos mecanismos de controle social existentes.

A 15ª Conferência Nacional de Saúde (2015) afirma a necessidade de fortalecer as instâncias de controle social, especialmente as conferências e os conselhos de saúde, como espaços estratégicos de gestão participativa, garantindo o caráter autônomo, paritário, democrático e deliberativo na formulação de políticas para a defesa dos direitos da cidadania e do bem comum; fortalecer a participação social em todas as políticas públicas, ampliando os canais de interação com a população, com transparência e participação cidadã; e garantir o fortalecimento e a estruturação do controle social de acordo com as Leis Orgânicas da Saúde.

Na plenária final dessa conferência, foi aprovada a diretriz: fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

A seguir destacamos algumas propostas emanadas das conferências por se constituírem desafios à consolidação e ao fortalecimento do controle social no SUS:

- garantia de efetiva implantação dos conselhos de saúde estaduais e municipais, assegurando a eles infraestrutura e apoio para o seu fortalecimento e pleno funcionamento;
- consolidação do caráter deliberativo e fiscalizador dos conselhos de saúde, com composição paritária entre usuários e demais segmentos;
- reafirmação da participação popular e do controle social na construção do modelo de atenção à saúde, requerendo o

envolvimento dos movimentos sociais considerados sujeitos estratégicos para a gestão participativa;

- aperfeiçoamento dos atuais canais de participação social, criação e ampliação de novos canais de interlocução entre usuários e sistema de saúde, e de mecanismos de escuta do cidadão, como serviços de ouvidoria e outros.

Nesse sentido, a diretriz foi fortalecer a participação e o controle social em todas as instâncias e junto aos agentes que fazem parte do SUS, com vistas a fortalecer os laços políticos que garantem a sustentabilidade das ações em saúde. As medidas necessárias seriam não somente dotar os conselhos de saúde de infraestrutura e apoio logístico para exercer seu papel no controle social, como também apoiar a educação permanente de agentes e conselheiros para essa atuação, implantar o Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS e, por fim, expandir a divulgação e o uso, pela população, da *Carta de Direitos do Usuário da Saúde*, além de implantar o Portal dos Direitos do Usuário dos Serviços de Saúde.

O controle social é, portanto, a participação da sociedade civil nos processos de planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações da gestão pública e na execução das políticas e programas públicos. Trata-se de uma ação conjunta entre Estado e sociedade em que o eixo central é o compartilhamento de responsabilidades com vistas a aumentar o nível da eficácia e efetividade das políticas e programas públicos.

Na construção de diálogo entre gestores sociais e sociedade civil no que se refere à questão do idoso, você acredita que fóruns e conselhos de saúde são espaços importantes na implementação plena da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa?

Acesse e reflita: <http://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/content/f%C3%B3rum-do-cidad%C3%A3o-idoso> e http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cipsi/index.html

Desenvolvimento local e saúde

A vinculação existente entre saúde e desenvolvimento local vem sendo construída desde o fim do século XX. Um dos marcos foi a Conferência de Alma-Ata, em 1978, que, além de propor uma ampliação no acesso aos serviços de atenção, reconheceu a saúde como um direito de todos e responsabilidade da sociedade, o que criou um consenso mundial em torno da ideia de “saúde para todos no ano 2000”.

A partir dos anos 1980, a modificação nas formas de organização das respostas dos estados foi determinada pela lógica da globalização do mercado e da cultura, impondo novos desafios.

Esses processos e seus efeitos no desenvolvimento e na vida das populações consideraram a saúde como um fator essencial para o desenvolvimento local, reconhecendo não somente os determinantes que atuam sobre ela no espaço local, como também a importância de criar políticas públicas de saúde que permitam a inclusão social e a promoção da saúde, por meio de uma participação cidadã, de modo a favorecer a ação territorial para melhorar a qualidade de vida e a saúde da população.

O objetivo é avançar na construção de cidadania por meio do estabelecimento de agendas pelos atores locais e o Estado, para o exercício da política e a gestão dos territórios. Isso quer dizer: o que fazer? Como fazer? Com quem fazer? E, por fim, onde fazer?

No contexto atual, caracterizado pela globalização e internacionalização do mercado, quais são as consequências no campo da saúde e como afetam o desenvolvimento?

Que noções de saúde podem ser analisadas para compreendê-la no desenvolvimento local?

Nesse sentido, a compreensão da relação entre globalização e saúde é fundamental para avançarmos na discussão. A globalização implica um processo guiado pelas relações e dinâmicas macroeconômicas que têm impacto na conformação política dos estados nacionais e dão homogeneidade à cultura. No que diz respeito à saúde, por um lado há o seu reconhecimento como um direito, mas, por outro, se implementam políticas que limitam esse direito, produzindo efeitos de exclusão social.

Alguns movimentos importantes foram realizados com o intuito de vincular os progressos científicos e políticos a melhorias na saúde das pessoas e populações, movimentos esses voltados para mudanças no modelo de desenvolvimento econômico, social, político e também ambiental. A ECO 92, conferência realizada em 1992 no Rio de Janeiro, organizada pelas Nações Unidas, chamou a atenção para o meio ambiente, a água, a energia, a biodiversidade, a agricultura, o desenvolvimento sustentável e a saúde como áreas-chave para o desenvolvimento.

Outro movimento foi o da promoção da saúde, que veio ao encontro dessa proposta, concebendo a saúde como produção social; dessa

forma, engloba um espaço de atuação que extrapola o setor de saúde, apontando para uma articulação com o conjunto dos outros setores da gestão municipal.

Nesse sentido, voltamos a destacar a Conferência de Alma-Ata (1978), que teve como propostas saúde para todos no ano 2000 e a estratégia de atenção primária de saúde e, como objetivo, os cuidados primários de saúde, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento, e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo.

A proposta alcançou destaque especial na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), com a promulgação da *Carta de Ottawa*, que vem se enriquecendo com uma série de declarações internacionais, periodicamente formuladas nas conferências realizadas sobre o tema voltadas para a saúde e expressas em documentos que têm sido norteadores das ações.

As estratégias para a atuação em saúde se apresentam como: adesão voluntária aos programas existentes, pré-requisito para mudança, ou abordagem coletiva (alcance) e individual que considera o respeito às diferenças. Na *Carta de Ottawa* são retomados os princípios de Alma-Ata, no sentido de construir políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis à saúde, propiciar e fazer a efetiva participação social, desenvolver habilidades pessoais e reorientar os serviços enfatizando a promoção da saúde.

Outros aspectos que ganharam destaque no debate: pobreza, miséria, fome e bem-estar social. Os trabalhos teóricos de Amartya Sen, economista indiano, Prêmio Nobel de Economia de 1998, contribuem para uma nova compreensão desses conceitos, permitindo que se tenha uma visão mais crítica acerca do desenvolvimento e uma reflexão sobre a saúde. Ao aprofundar seus estudos sobre as economias dos países em desenvolvimento e as condições de vida das populações mais pobres do planeta, bem como analisar catástrofes na Índia, em Bangladesh, na Etiópia e no Saara africano, Sen (2000) demonstra que, até quando o suprimento de alimentos não é significativamente inferior ao de anos anteriores, podem ocorrer privação e fome.

Sua conclusão é de que a escassez de comida não constitui a principal causa da fome, como acreditam os acadêmicos, mas sim a falta de organização governamental para produzir e distribuir os alimentos.



Acesse o vídeo *Severn Suzuki speaking at UN Earth Summit 1992 – ECO 92* em <http://www.youtube.com/watch?v=5g8cmWZOX8Q>.

Preste atenção às palavras de Severn Suzuki, da Organização das Crianças em Defesa do Meio Ambiente, durante a ECO 92 – Conferência das Nações Unidas. Ela silenciou o mundo por uns minutos, chamando a atenção para o meio ambiente e o desenvolvimento.

Para Amartya Sen (2000, p. 10), “o desenvolvimento consiste na eliminação de privações de liberdade que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas de exercer ponderadamente sua condição de agente”. Ainda segundo o autor, “com oportunidades sociais adequadas, os indivíduos podem efetivamente moldar seu próprio destino e ajudar uns aos outros” (SEN, 2000, p. 26).

Nesse sentido, ele nos permite ressignificar a compreensão que tínhamos até então de que o desenvolvimento se dava pelo crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), pelo aumento da renda pessoal, pela industrialização, pelos avanços tecnológicos ou pela modernização social. O conceito de desenvolvimento apresentado por Sen deve ser compreendido como um processo de expansão das liberdades fundamentais relacionadas entre si. Essa compreensão permite observar simultaneamente o papel de instituições como o mercado e as organizações relacionadas, governos e autoridades, partidos políticos e outras instituições cidadãs, sistemas locais de educação e oportunidades de debates e diálogos públicos. Essa abordagem permite reconhecer o papel dos valores sociais dos indivíduos.

Os desafios são muitos; essa visão mais coletiva, juntamente com a noção de direitos e liberdade, dá a ideia de uma participação social e cidadã que se apresenta como eixo central dos movimentos sociais em saúde.

Avaliação em promoção da saúde

Mesmo com muitas iniciativas e propostas em desenvolvimento no Brasil e no mundo, persiste o desafio de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias mais amplas, que foram definidas em Ottawa (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1996), e que estejam mais associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, na Política Nacional de Promoção da Saúde: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersectorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade.

Entende-se que a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população, em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida.

Vê-se, portanto, que a promoção da saúde realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, Estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outras setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-doença e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem.

No esforço para garantir os princípios do SUS e a constante melhoria dos serviços por ele prestados e para melhorar a qualidade de vida de sujeitos e coletividades, entende-se que é urgente superar a cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e necessidades da sociedade, evitando o desperdício de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações e, conseqüentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes.

Ao conceber a promoção da saúde como um processo político de construção de competências para proteger e manter a saúde e controlar seus determinantes, entende-se que a avaliação deve centrar-se tanto na evolução desse processo como em seus efeitos na saúde e no bem-estar da população (KICKBUSCH, 1996; SALAZAR; VÉLEZ; ORTIZ, 2003).

A necessidade de dispor de informação sobre a efetividade e o ganho social de intervenções em promoção da saúde é amplamente reconhecida na atualidade e a cada dia crescem as demandas por decisões informadas como produto de estudos de efetividade, relevância e utilidade das políticas e programas (UNIÓN INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD, 1999).

Assim, avaliar os alcances da promoção da saúde relacionados ao êxito das políticas e intervenções, com os fatores que determinaram seu sucesso ou fracasso, dos custos econômicos, sociais, políticos e culturais (SALAZAR, VÉLEZ; ORTIZ, 2003) é fundamental na gestão social de um território.

A avaliação de iniciativas e ações multiestratégicas, participativas e intersetoriais contribui para o entendimento e o consenso em torno dos objetivos, atividades e resultados que muitas vezes são implementados com base em propostas consistentes e justificáveis eticamente, mas genéricas do ponto de vista operacional.

Considerando que ainda é incipiente a cultura avaliativa de programas e ações dessa natureza, apresentamos agora uma situação que contribuirá para você refletir sobre esse tema.

Avaliar para quê?

Em uma determinada instância jurídica de um município de pequeno porte foi criado, em 2008, o Programa Planeta Vida, direcionado a idosos que ficavam sozinhos durante o período em que os filhos trabalhavam e a crianças que, fora do horário escolar, não contavam com a presença de responsáveis, que estavam no trabalho. Tratava-se de um espaço de integração intergeracional, com oferta de atividades de lazer, artesanais, esportivas e de educação em saúde.

A percepção do coordenador do programa sobre a necessidade de buscar mais recursos para sua manutenção o motivou a contratar avaliadores externos para avaliar todo o trabalho desenvolvido entre 2008 e 2012. Ao comunicar essa decisão em reunião com a equipe do programa, foi surpreendido com alguns questionamentos.

Maria, membro da equipe desde o início do projeto:

– Para que avaliar, se está dando certo? Não se mexe em time que está ganhando!

Olavo, administrador e responsável pelo cronograma orçamentário:

– Como definir o “êxito de um programa” como esse? Vamos gastar mais dinheiro, e aí?

Norma (assistente social):

– Qual o compromisso de pessoas externas com nossos objetivos?

Seguiu-se um burburinho entre os demais integrantes da equipe... Esse movimento, entretanto, gerou uma chamada para refletir sobre o papel da avaliação e sua relação com a equipe executora do projeto.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde/PNS: um pacto pela saúde no Brasil*. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, DF, 2006.

CAPRA, F. *As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável*. São Paulo: Cultrix, 2002.

CARVALHO, R. A. A. Novas tecnologias de gestão – NTGs. In: CATTANI, A. D. (Org.). *Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia*. 4. ed. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. *Anais...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124>. Acesso em: 20 maio 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2004. *Relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1128>. Acesso em: 20 maio 2009.

DOWBOR, L. A gestão social em busca de paradigma. In: RICO, E. M.; RAICHELIS, R. (Org.). *Gestão social: uma questão em debate*. São Paulo: DUC/IEE/PUCSP, 1999.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. Territorialização em saúde. In: DICIONÁRIO da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Acesso em 8 jul. 2016.

GRIEP, R. H. et al. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 625-634, mar./abr. 2003.

KICKBUSCH, I. O autocuidado en la promoción de la salud. In: PROMOCIÓN de la salud: uma antologia. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1996. p. 235-244. (Publicación científica, 557).

KOGA, D. *Medidas de cidades: entre territórios de vida e territórios vividos*. São Paulo: Cortez, 2003.

LACERDA, A. et al. As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas de saúde-doença. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 445-457.

MAIA, M. Gestão social: reconhecendo e construindo referenciais. *Revista Virtual Textos & Contextos*, Porto Alegre, n. 4, dez. 2005.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. *Ciência da Informação*, Brasília, DF, v. 30, n. 1, abr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19652001000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 maio 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Cartas [da promoção da saúde]*. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm>>. Acesso em: 20 maio 2009.

PROGRAMA DELNET DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO LOCAL. *Gestión de recursos en salud*. Turín: Centro Internacional de Formación de la Organización Internacional del Trabajo, 2007. (UD-5B).

SALAZAR, L. de; VÉLEZ, J. A.; ORTIZ, Y. *Revisión de literatura de evidencias de efectividad en promoción de la salud en América Latina*. Santiago de Cali: Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, 2003. Proyecto Regional Latinoamericano de Evidencias de Efectividad en Promoción de la Salud.

SALES, L. G. L.; SILVA, R. M. M.; PESSOA, Z. S. *O território como um dos conceitos-chave para o entendimento da relação sociedade/natureza*. Brasília, DF: [s.n.], 2006. Trabalho apresentado no III Encontro da ANPPAS.

SANTOS, M. *Metamorfoses do espaço habitado*. São Paulo: Hucitec, 1988.

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

SLUZKI, C. E. *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

UNIÓN INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD. *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud*. Madrid: Ministerio de la Salud y Consumo, 1999. p. 1-11.