

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA

**GESTÃO SOCIAL E SUSTENTABILIDADE SOCIOAMBIENTAL: UM
ESTUDO DE CASO SOBRE A POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM
BOA VISTA-RR**

LADY MARA LIMA DE BRITO

**MANAUS – AM
2014**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA

**GESTÃO SOCIAL E SUSTENTABILIDADE SOCIOAMBIENTAL: UM
ESTUDO DE CASO SOBRE A POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM
BOA VISTA-RR**

LADY MARA LIMA DE BRITO

Dissertação apresentada à banca examinadora para defesa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas como pré-requisito para obtenção do título de Mestra em Serviço Social.

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. MARINEZ GIL NOGUEIRA

**MANAUS – AM
2014**

Ficha Catalográfica
(Catalogação realizada pela Biblioteca Central da UFAM)

B862g Brito, Lady Mara Lima de.
Gestão social e sustentabilidade socioambiental : um estudo de caso sobre a política de promoção da saúde em Boa Vista - RR / Lady Mara Lima de Brito. - 2014.
185 f. : il. color..
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) — Universidade Federal do Amazonas.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marinez Gil Nogueira.

1. Promoção da saúde 2. Sustentabilidade 3. Gestão social I. Nogueira, Marinez Gil, orientador II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

CDU (1997): 614:502.3 (811.4) (043.3)

LADY MARA LIMA DE BRITO

GESTÃO SOCIAL E SUSTENTABILIDADE SOCIOAMBIENTAL: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM BOA VISTA-RR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como um dos requisitos obrigatórios para a obtenção do título de Mestra em Serviço Social.

Aprovada em 28 de março de 2014

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dra. Marinez Gil Nogueira – Presidente
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

Prof^ª. Dra. Simone Eneida Baçal – Membro
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

Prof. Dr. João Bosco Ladislau de Andrade – Membro
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

DEDICATÓRIA

Ao meu Deus do impossível, meu refúgio e fortaleza. Aos meus pais Francisco e Luciene, por todo carinho, amor, dedicação e empenho para proporcionar o melhor para mim e minhas irmãs.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, essa força divina, que diante dos inúmeros desafios vivenciados durante essa jornada, nas muitas horas em que pensei que estava tudo perdido e que não iria conseguir finalizar essa etapa, me abençoou mostrando-me alternativas, renovando-me e fortalecendo-me com inspirações que possibilitaram a conclusão deste estudo.

À compreensão da minha família, especialmente do meu esposo Waltencir, pelos momentos de ausência, por entender que em nome desse sonho me privei em alguns momentos de sua companhia, e pelo apoio e paciência em cada momento dessa trajetória;

Aos meus pais e amadas irmãs pelo amor e estímulo que me deram;

À tia Socorro [in memorian] e minha prima Christiane por todo apoio a mim dispensado desde o início de minha jornada acadêmica.

A minha tia Eliane pelo acolhimento em sua residência para o início do curso em Manaus;

A minha orientadora Prof^ª. Dra. Marinez Gil Nogueira por ter acreditado em mim, pelo carinho e paciência em cada orientação na condução deste trabalho, permitindo assim meu amadurecimento intelectual.

À Profa. Dra. Simone Eneida Baçal e Prof. Dr. João Bosco Ladislau pelas importantes contribuições nas Bancas de Qualificação e de Defesa que ajudaram o aperfeiçoamento deste trabalho;

Ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da UFAM e ao corpo docente que me acolheram nesta empreitada;

Às colegas de mestrado, Mara Tereza, Thalita e Valéria por acreditarem em mim e por todo apoio e ajuda dispensada. Vocês sempre estiveram comigo mesmo à distância;

Aos amigos e amigas pelo apoio e motivação, em especial a Janeska, Janaíne, Graciela e Henriqueta, pela amizade e companheirismo ao compartilhar as angústias vivenciadas nesta trajetória;

A todos os profissionais da Estratégia em Saúde da Família do município de Boa Vista-RR, Coordenadores dos Programas Estratégicos da SMSA e da SMEC e Conselheiros

do CMS, que prontamente atenderam ao convite para participarem dessa pesquisa compartilhando um pouco do seu cotidiano.

Meus sinceros agradecimentos.

Homenagem de uma paraense à terra de Manaós e Macunaima pelas grandes conquistas alcançadas em suas terras

Porto de Lenhas

(Raízes Caboclas)

Porto de lenhas

Tu nunca serás liverpool

Com a cara sardenta

E olhos azuis

Um quarto de flauta

No alto rio negro

Pra cada sambista

Paraquedista

Que sonha um sucesso

Sucesso sulista

Em cada navio

Em cada cruzeiro

Em cada cruzeiro

Das quadrilhas de turistas

Porto de lenhas tu nunca serás...

Macunaimando

(Zeca Preto, Neuber Uchôa e Eliakin Rufino)

Cai o sol na terra de Macunaima.

Boa Vista do céu! lua cheia de mel!

Sobe a serra de Pacaraima,

Eu sou de Roraima!

Surubim, tucunaré, piramutaba...

Sou pedra pintada!

Buriti, bacaba!

Caracaranã, farinha d'água, tucumã!

Curumin te espera, Cunhatã!

Um boto cantando no rio...

Beijo de caboco no cio...

Parixara na roda de abril, se abriu.

Minha vida no meu jandiá

Carne seca, xibé, aluá,

Gikitaia, caxiri, taperebá!

RESUMO

A emergência do debate entre saúde e ambiente, como parte integrante da Política de Promoção da Saúde, surge no cenário internacional a partir dos anos de 1970, em um contexto marcado pela crítica ao modelo de desenvolvimento capitalista, cuja essência centra-se nas forças do mercado e ancorado na lógica neoliberal. No Brasil, o processo de desenvolvimento da Promoção da Saúde teve início nos anos de 1980, período este marcado por fortes movimentos populares em busca da consolidação de direitos civis, políticos e sociais. A promoção da saúde é compreendida como uma articulação de diferentes setores de políticas públicas no âmbito da gestão social, com o objetivo de pensar a questão complexa da saúde, que demanda uma gestão em rede intersetorial. O delineamento metodológico buscou responder a seguinte questão norteadora: Quais são as estratégias operacionais da Gestão Social em rede no sistema descentralizado da Política de Promoção da Saúde no município de Boa Vista? O *objetivo geral* deste estudo foi avaliar as estratégias operacionais da gestão social em rede no sistema descentralizado da política de promoção da saúde no município de Boa Vista – RR sob a perspectiva da sustentabilidade socioambiental. Para tanto, foi utilizado como recurso metodológico à abordagem qualitativa por meio do estudo de caso, que foi desenvolvido após coleta de dados/informações em três tipos de levantamento: bibliográfico, documental e de campo. Além do estudo documental do Plano Municipal de Saúde, dos relatórios de gestão e documentos oficiais da SMSA/BV, também foram realizadas entrevistas semiestruturadas com a participação de cinco representantes da gestão da SMSA, onze profissionais vinculados à Estratégia em Saúde da Família, dois representantes do Conselho Municipal de Saúde e um representante da gestão da Secretaria Municipal de Educação que atua como parceiro na execução das ações de Promoção da Saúde, por meio do Programa Saúde na Escola na capital roraimense. Os resultados apontam que a proposta de uma gestão em rede intersetorial é um desafio a ser trilhado pela SMSA/BV, uma vez que esta não tem se concretizado de modo a permitir a participação efetiva dos diversos atores sociais na condução das ações de promoção da saúde. Da mesma forma é preciso investir no fortalecimento e na articulação do setor saúde com outros setores (educação, ambiente e etc.) a fim de qualificar a prestação de serviços à população. Assim, é possível concluir que às dimensões da sustentabilidade socioambiental estão no cerne das políticas sociais, isso significa que sem compreender a sustentabilidade a partir dos indicadores territorial, social, ambiental, cultural, político e econômico como importantes instrumentos para direcionar as políticas públicas é impossível avançar no campo da gestão social em rede. Nestes termos, recomenda-se ao gestor municipal que seja instituído formalmente uma pactuação entre as políticas públicas de forma intersetorial, pois se entende que embora os problemas sociais se manifestem setorialmente, sua solução depende de outras políticas, e a ausência de pactuação entre os distintos setores limita o funcionamento/conexão da rede, comprometendo assim a eficácia, a eficiência e a efetividade das ações. Por fim, espera-se com os resultados do estudo contribuir para o fortalecimento da capacidade de gestão local, no sentido da ESF ultrapassar o caráter curativo para se consolidar como estratégia para mudanças no âmbito local, principalmente para o enfrentamento dos determinantes socioambientais da saúde.

PALAVRAS CHAVES: Sustentabilidade Socioambiental, Gestão Social em Redes e Avaliação de Políticas Públicas.

ABSTRACT

The emergence of the debate between health and environment, as part of the Health Promotion Policies, emerged on the international scene in the year of 1970 onward, in a context marked by criticism of the capitalist development model, which essentially focuses on the forces of the market and anchored in the neoliberal market logic. In Brazil, the process of development of Health Promotion began in the 1980s, a period marked by strong popular movements seeking the consolidation of civil, political and social rights. Health promotion is understood as an articulation of different sectors of public agencies in social management, with the aim of thinking about complex health issues that demands an inter-sectorial network management. The methodological outline sought to answer the following question: What are the operating strategies of the Social Network management in the decentralized system of the Health Promotion Policies in Boa Vista? The aim of this study is to evaluate the operational strategies of social management network in the decentralized system of health promotion policies in Boa Vista - RR from the perspective of an environmental sustainability. For that, was used a methodological resource being a qualitative approach through the case study, which was developed from data collection / information on three types of surveys: bibliographic, documental and field. Besides the documentary study of the Municipal Health Plan, management reports and official documents of the SMSA /BV, also semi-structured interviews with the participation of five representatives of the management of SMSA/BV were conducted, eleven professionals linked to the Family Health Strategy, two representatives the Municipal Health Council and a representative of the management of the Municipal Education who serves as partner in the implementation of actions for the Promotion of Health through the School Health Program in the Roraimense capital. The results show that the proposed management at inter-network is a challenge to be followed by SMSA / BV, since this has not been realized in order to enable effective participation of social actors in the conduct of actions to promote health. Likewise, the need to invest in strengthening and joint health sector with other sectors (education, environment, etc.) in order to qualify and to provide services to the population. Thus, it is possible to conclude that the dimensions of environmental sustainability are at the heart of social policies, this means that without understanding sustainability from the territorial, social, environmental, cultural, political and economic indicators as important tools for orienting public policies it is impossible advance the field of social network management. Accordingly, it is recommended to the Municipal Administrator that a pact between public agencies be established inter-sectorial, since it is understood that although social problems manifest themselves inter-sectorial, the solution depends on other policies, and the lack of agreement between the different sectors limits the operating / network connection, thereby undermining the effect, efficiency and effectiveness of actions. Finally, it is expected that the results of the study contributes to strengthening the capacity of local management, towards the Family Health Strategy overcoming the curative character to consolidate as a strategy for a transition at the local level, especially for the confrontation of the social and environmental determinants of health.

KEYWORDS: Social and Environmental Sustainability, Social Networks Management and Evaluation of Public Policies.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Dimensões da Sustentabilidade segundo Sachs (1993)	32
Quadro 2:	Parceiros institucionais que constituem a rede de atuação da política de Promoção da Saúde da SMSA.....	65
Quadro 3:	Perfil dos sujeitos da Pesquisa	68
Quadro 4:	Códigos e significados.....	69
Quadro 5:	Visão dos atores institucionais entrevistados sobre o significado de <i>Promoção da Saúde</i>	71
Quadro 6:	Principais características da Gestão da Política de Promoção da Saúde desenvolvida pela SMSA apontada pelos atores institucionais entrevistados.....	74
Quadro 7:	Visão dos atores institucionais sobre o processo de tomada de decisões/planejamento das ações de <i>Promoção da Saúde</i>	78
Quadro 8:	Função/missão do setor sob a responsabilidade dos atores sociais entrevistados na SMSA na condução do Plano Municipal de Saúde.....	80
Quadro 9:	Instrumentos ou meios que utilizados para os problemas/demandas chegassem ao conhecimento da equipe técnica.....	82
Quadro 10:	Principais demandas/problemas referente à Promoção da Saúde priorizado no Plano Municipal de Saúde (2010-2013) na visão dos proponentes.....	85
Quadro 11:	Percepção dos atores institucionais sobre a articulação intersetorial durante a operacionalização das ações de Promoção da Saúde.....	87
Quadro 12:	Critério para o estabelecimento de parcerias (redes) para o desenvolvimento das ações de Promoção da saúde.....	89
Quadro 13:	Inovação tecnológica na área de planejamento e gestão no período de 2010-2013.....	93
Quadro 14:	Diretrizes da Estratégia em Saúde da família em Boa Vista-RR.....	108
Quadro 15:	Dimensão territorial como fundamento das ações de Promoção de Saúde desenvolvidas pela Estratégia em Saúde da Família.....	111
Quadro 16:	Dimensão social como fundamento das ações de Promoção de Saúde desenvolvidas pela Estratégia em Saúde da Família.....	114
Quadro 17:	Dimensão ambiental como fundamento das ações de Promoção de Saúde	

	desenvolvidas pela Estratégia em Saúde da Família.....	117
Quadro 18:	Dimensão cultural como fundamento das ações de Promoção de Saúde desenvolvidas pela Estratégia em Saúde da Família.....	119
Quadro 19:	Dimensão política como fundamento das ações de Promoção de Saúde desenvolvidas pela Estratégia em Saúde da Família.....	122
Quadro 20:	Dimensão econômica como fundamento das ações de Promoção de Saúde desenvolvidas pela Estratégia em Saúde da Família.....	126
Quadro 21:	Capacitação/qualificação sobre as diretrizes políticas, objetivos e metodologia preconizada na política de Promoção da Saúde.....	129
Quadro 22:	Canais de discussão com os moradores da área de abrangência para a construção das ações de Promoção da Saúde.....	132
Quadro 23:	Alcance dos objetivos propostos na percepção dos sujeitos técnico-operativos.....	135
Quadro 24:	Participação da comunidade no processo de avaliação.....	138
Quadro 25 –	Suficiência dos recursos financeiros, materiais e físicos sob a ótica dos atores institucionais.....	140
Quadro 26:	Principais resultados das ações de Promoção da Saúde na visão dos profissionais técnico-operativos.....	146
Quadro 27:	Principais resultados das ações de Promoção da Saúde na visão dos representantes da gestão.....	148
Quadro 28:	Sugestões dos profissionais técnico-operativos para melhorar a gestão em rede das ações de Promoção da Saúde.....	151
Quadro 29:	Recomendações dos gestores e parceiro para melhorar a gestão das ações em rede de Promoção da Saúde.....	153

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Ciclo da Sustentabilidade das ações de Promoção de Saúde	53
Figura 2:	Composição da rede na ESF e interação entre os principais atores.....	92

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BV	Boa Vista
CATEDRAL	Faculdade Catedral
CERNUTRI	Centro de Recuperação Nutricional Infantil
CETERR	Centro de Educação Técnico e Especializado de Roraima
CFB	Constituição Federal Brasileira
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
ETSUS	Escola técnica do SUS
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia em Saúde da Família
FETEC	Fundação de Educação, turismo, esporte e cultura de Boa Vista
FEA	Faculdade Estácio Atual
GM	Gabinete do Ministério
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde

PSF	Programa Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio às Micros e Pequenas Empresas
SESAU	Secretaria de Estado da Saúde de Roraima
SEMGES	Secretaria Municipal de Gestão Social
SESC	Serviço Social do Comércio
SESI	Serviço Social da Indústria
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SMEC	Secretaria Municipal de Educação e Cultura
SUS	Sistema Único de Saúde
UERR	Universidade Estadual de Roraima
UFRR	Universidade Federal de Roraima
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO I - PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUESTÃO SOCIOAMBIENTAL: A INTERFACE ENTRE SAÚDE E AMBIENTE	24
1.1 Saúde e ambiente: um diálogo necessário no contexto da sustentabilidade socioambiental.....	25
1.2 Em busca de uma qualidade de vida: a estratégia da Promoção de Saúde no âmbito do SUS.....	38
1.3 O pacto pela saúde no Brasil: da promoção à saúde à lógica da sustentabilidade socioambiental da gestão em rede.....	46
CAPÍTULO II - GESTÃO SOCIAL: FUNDAMENTOS E ESTRATÉGIA DE GESTÃO EM REDE SOB A ÓTICA DA SUSTENTABILIDADE SOCIOAMBIENTAL	55
2.1 Gestão em rede: a reconfiguração da gestão social na atualidade.....	55
2.2 Processo de gestão da SMSA/BV: as estratégias operacionais da gestão social em rede na operacionalização da política de Promoção da Saúde em Boa Vista-RR.....	64
CAPÍTULO III - AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: A EXPERIÊNCIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM BOA VISTA-RR	97
3.1 A Avaliação como instrumento de gestão social democrática: algumas considerações.....	98
3.2 Avaliação de políticas sociais: conceitos e metodologias.....	102
3.3 Análise de política: o <i>modus operandi</i> da promoção da saúde na Estratégia em Saúde da Família na perspectiva da sustentabilidade socioambiental.....	107
3.3.1 Análise de política com foco na eficácia.....	128
3.3.2 Análise de política com foco na eficiência.....	139
3.3.3 Análise de política com foco na efetividade.....	145
CONCLUSÃO	156

REFERÊNCIAS	161
APÊNDICE 1 – Registro Fotográfico da pesquisa de campo.....	169
APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	171
APÊNDICE 3 - Instrumentais da Pesquisa	172
ANEXO 1 - TERMO DE ANUÊNCIA	182
ANEXO 2 - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	183

INTRODUÇÃO

A emergência do debate entre saúde e ambiente, como parte integrante da Política de Promoção da Saúde, surge no cenário internacional a partir dos anos de 1970, em contexto marcado pela crítica ao modelo fordista-taylorista de desenvolvimento capitalista, cuja essência centrou-se no pensamento político e econômico neoliberal. Como herança desse modelo, vivencia-se no século XX a intensificação da desigualdade social que impacta diretamente a qualidade de vida e a saúde da população, o que implicou na emergência da discussão da *questão socioambiental*.

O processo de discussão da *Política de Promoção da Saúde no Brasil* teve início nos anos de 1980, período este marcado por fortes movimentos populares em busca da consolidação de direitos civis, políticos e sociais, que resultou em mudanças e desdobramentos nestes setores, que atingiram a dinâmica social e econômica da sociedade brasileira.

O *tema* da pesquisa está relacionado à *gestão social de políticas públicas*. O objeto de estudo foca as ações desenvolvidas no Programa de Promoção da Saúde para o fomento da qualidade de vida da população sob a ótica da *sustentabilidade socioambiental* no Município de Boa Vista, capital do estado de Roraima.

A *delimitação do tema* refere-se ao estudo da gestão social em rede sob a perspectiva da sustentabilidade socioambiental da política pública de Promoção da Saúde desenvolvida em Boa Vista-RR pela Secretaria Municipal de Saúde - SMSA. Assim, constitui-se como foco principal a *avaliação da forma como é realizada a organização das ações de Promoção da Saúde* integradas às dimensões da sustentabilidade do desenvolvimento territorial, econômico, social, ambiental e cultural na sociedade capitalista, tendo como pano de fundo a *gestão social em rede*, em que será focalizado o processo de monitoramento e avaliação da política pública objeto da pesquisa, visando desvelar a existência efetiva ou não de ações intersetoriais entre o Setor Saúde, Ambiente e/ou outros setores no desenvolvimento das ações, bem como a adoção de metodologia participativa que envolva a população local no planejamento e avaliação da política.

A construção do referencial da pesquisa foi norteadada pela definição de três categorias

teóricas discriminadas a seguir: gestão social, sustentabilidade socioambiental e avaliação de políticas públicas.

No que se refere à *categoria gestão social* foi focalizada a gestão em rede, enquanto uma tendência atual do modo de gestão pública, que deve ser adotada pelas políticas sociais, visando entender a relação da gestão em rede com os princípios da sustentabilidade socioambiental.

A *categoria sustentabilidade socioambiental* foi discutida a partir da relação homem-natureza, desvelando a ação do Estado na busca pela Promoção da Saúde, por meio da implementação de políticas públicas diante das demandas da questão socioambiental. E, por fim, na discussão da categoria *avaliação de políticas públicas* foi analisado o *modus operandi* da gestão em rede da política objeto de estudo.

A escolha desta temática decorre da experiência profissional como Assistente Social, cujo *locus* da prática profissional é a rede de saúde no município de Boa Vista, capital de Roraima, onde duas questões contribuíram significativamente na escolha do tema de pesquisa. A primeira refere-se ao processo político de gestão da política de Promoção da Saúde, que expressa o entendimento de uma complexa rede de inter-relações e interdependências numa ação intersetorial em prol da promoção de ambientes saudáveis e da qualidade de vida do cidadão. A segunda questão refere-se ao entendimento crítico da noção de sustentabilidade socioambiental, o qual é fruto das reflexões possibilitadas durante o mestrado no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, vinculado à UFAM.

O delineamento metodológico buscou responder a seguinte *questão norteadora*: Quais são as estratégias operacionais da Gestão Social em rede no sistema descentralizado da Política de Promoção da Saúde no Município de Boa Vista? Como desdobramento desta questão central buscou-se responder duas questões complementares: *como são planejadas e desenvolvidas as ações para implementar a política de Promoção da Saúde sob a ótica da sustentabilidade socioambiental? Quais são as formas de operacionalização da articulação da rede intersetorial na gestão social das ações de Promoção da Saúde?*

Para tanto, a pesquisa teve como *objetivo geral*: Avaliar as estratégias operacionais da Gestão Social em rede no sistema descentralizado da Política de Promoção da Saúde no Município de Boa Vista – RR sob a perspectiva da sustentabilidade socioambiental. Assim, a

execução da pesquisa foi realizada segundo a delimitação dos seguintes *objetivos específicos*: 1) Descrever a interface entre saúde e ambiente no âmbito da gestão social em rede da política pública de saúde no Brasil frente às demandas da sustentabilidade socioambiental; 2) Caracterizar a operacionalização da articulação em rede intersetorial da gestão social das ações de Promoção da Saúde em Boa Vista-RR; 3) Analisar se os instrumentos de avaliação dos resultados das ações de Promoção da Saúde existentes estão respeitando os princípios de gestão democrática e participativa.

A partir da concepção de Arretche (2007) foi definida a modalidade de avaliação utilizada neste estudo, que se configura como uma *análise de política pública*, a qual tem como foco de análise o *modus operandi* da gestão social em rede das ações públicas da *política de Promoção da Saúde* desenvolvido no município de Boa Vista capital de Roraima, tendo como referência as dimensões da sustentabilidade socioambiental preconizadas pelas diretrizes do ecodesenvolvimento proposto por Sachs (1993).

A trilha metodológica da pesquisa foi alicerçada nos seguintes procedimentos técnico-operativos: levantamento bibliográfico, levantamento documental e levantamento de campo. O levantamento bibliográfico foi realizado durante todo o período de duração da pesquisa e o levantamento documental efetivou-se por meio da análise de documentos da SMSA/BV (Plano Municipal de Saúde, relatórios e documentos oficiais impressos) que permitiram uma avaliação, a partir de fontes secundárias de dados quantitativos e qualitativos, do processo de desenvolvimento do Programa de Promoção da Saúde que se configura como objeto deste estudo.

O levantamento de campo foi desenvolvido com base na abordagem qualitativa por meio do *estudo de caso* da gestão social em rede da Política de Promoção da Saúde em Boa Vista. O *locus da pesquisa* foi o espaço institucional de gestão social em saúde do município de Boa Vista-RR, onde foi visitada a Secretaria Municipal de Saúde – SMSA, o Conselho Municipal de Saúde e algumas Casas de Saúde que atuam com a *Estratégia em Saúde da Família*, as quais estão distribuídas em seis regiões de saúde. Cumpre destacar, que também foi visitada a sede da Secretaria Municipal de Educação e Cultura - SMEC que atua como parceira no desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde no município de Boa Vista-RR.

A escolha das equipes da *Estratégia em Saúde da Família* foi realizada de forma

aleatória, a partir do aceite dos atores institucionais contatados, sendo delimitadas duas Casas de Saúde de cada região de saúde no município de Boa Vista, o que permitiu uma visão ampliada da operacionalização da política de Promoção da Saúde em sua totalidade.

Antes da realização do levantamento de campo foram realizados os seguintes procedimentos técnicos: obtenção da assinatura do termo de anuência (ANEXO A); mapeamento das instituições governamentais e não governamentais executoras das ações de Promoção da Saúde; identificação dos atores sociais da política foco do estudo; elaboração do instrumental da pesquisa, que consistiu na elaboração de formulário de entrevista semiestruturada; aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética (ANEXO B)¹; realização do pré-teste no mês de fevereiro de 2013, com dois representantes da SMSA e uma profissional que fez parte da equipe de Estratégia em Saúde da Família.

Os sujeitos da pesquisa (os informantes-chave) foram: 05 (cinco) representantes da gestão da SMSA, que tinham vinculação direta ao processo de planejamento e coordenação de programas estratégicos; 11(onze) representantes técnico-operativos que atuavam na Equipe da Estratégia em Saúde da Família, e que aceitaram participar da entrevista; 02 (dois) representantes de organizações não governamentais; e 01 (um) parceiro na operacionalização vinculado à gestão da SMEC.

Os critérios para inclusão dos sujeitos da pesquisa foram delineados da seguinte forma:

- **Representantes Institucionais da SMSA:**

- a) *Grupo representante da Gestão:* atores sociais que participaram da elaboração e implementação do Plano Municipal de Saúde a ser executado na capital roraimense entre os anos de 2010 a 2013;
- b) *Grupo Técnico-operativo/ESF:* profissionais que fazem parte do quadro funcional da SMSA e compõem a equipe de *saúde da família* entre os anos de 2010 a 2013. Assim, foram delimitados 02(dois) profissionais por cada região de saúde, totalizando 12 (doze) profissionais. Porém, destaca-se que foram entrevistados apenas onze profissionais, ou seja, na *região de saúde seis*,

¹ A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, parecer N°493.339 / 2013.

apenas 01(um) profissional que preencheu os pré-requisitos da pesquisa aceitou participar deste estudo.

- **Representantes de organizações não governamentais:** representantes da sociedade civil que ocupam assento no Conselho Municipal de Saúde. A partir da abordagem dos representantes da SMSA foi possível identificar os atores não governamentais que participaram não só da formulação, mas também da operacionalização do plano.

Convém destacar, que embora a representante da SMEC esteja atuando recentemente (sete meses) na coordenação do Programa Saúde na Escola foi importante a inserção deste representante como sujeito da pesquisa, no decorrer desse estudo, por ter sido revelado durante o mapeamento das instituições executoras das ações de Promoção da Saúde, que a SMEC era a única parceria formal firmada pela SMSA por meio do Termo de Compromisso Municipal entre ambas as secretarias.

O procedimento técnico utilizado na pesquisa de campo foi a entrevista semiestruturada. Assim, foram utilizados os seguintes formulários de entrevista (ver esses instrumentos de pesquisa nos apêndices do trabalho):

- Formulário de entrevista semiestruturada A – destinado ao grupo representante da gestão
- Formulário de entrevista semiestruturada B – destinado grupo técnico-operativo vinculado a Estratégia em Saúde da Família;
- Formulário de entrevista semiestruturada C – destinado aos representantes não governamentais;
- Formulário de entrevista semiestruturada D – destinado aos representantes da instituição parceira.

Ainda como técnicas de pesquisa, também foram utilizados os registros fonográficos e fotográficos, mediante o consentimento dos entrevistados. Ressalta-se ainda, que antes da realização das entrevistas foi apresentado aos sujeitos da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE², em que os sujeitos puderam ler e tirar suas dúvidas e só após a

²O TCLE é assinado em duas vias, sendo uma entregue ao entrevistado e a outra fica com o pesquisador.

assinatura deste documento em duas vias pelos sujeitos e pelo pesquisador foram realizadas as entrevistas.

A apresentação dos resultados da pesquisa está organizada em três capítulos:

O Capítulo I aborda uma discussão sobre a *categoria sustentabilidade socioambiental*, desvelando a relação entre saúde e ambiente sob a perspectiva da gestão social em rede, tendo como referência a Política de Promoção da Saúde como alternativa às expressões da questão socioambiental.

No Capítulo II apresenta-se, de modo mais aprofundado, o debate sobre a *categoria Gestão em rede* por meio do resgate sócio histórico das mudanças na intervenção do Estado na gestão das políticas públicas sociais, desvelando a gestão em rede como um redimensionamento da gestão social na cena contemporânea. A partir desta contextualização da gestão social em rede é apresentada uma análise da estruturação da operacionalização da Política de Promoção da Saúde na capital roraimense (a partir dos resultados do levantamento documental e também da pesquisa de campo), em que se identificam as principais características dessa política, suas estratégias e formas de atuação em rede.

O Capítulo III apresenta os demais resultados da pesquisa de campo a partir da discussão teórica da *categoria avaliação de políticas públicas*. Esses resultados indicam algumas conclusões sobre a eficácia, eficiência e efetividade das ações de Promoção da Saúde implementadas no município de Boa Vista-RR, tendo como referência os indicadores de sustentabilidade socioambiental.

Os resultados da pesquisa empírica apontam que a proposta de uma gestão em rede intersetorial é um desafio a ser trilhado pela SMSA/BV, uma vez que esta não tem se concretizado de modo a permitir a participação efetiva dos diversos atores sociais na condução das ações de promoção da saúde. Assim, é possível concluir que as dimensões da sustentabilidade socioambiental estão no cerne das políticas públicas, isso significa que sem compreender a sustentabilidade a partir dos indicadores territorial, social, ambiental, cultural, político e econômico como importantes instrumentos para direcionar as políticas públicas é impossível avançar no campo da gestão social em rede.

Nestes termos, recomenda-se ao gestor municipal que seja instituído formalmente uma pactuação entre as políticas públicas de forma intersetorial, pois se entende que embora

os problemas sociais se manifestem setorialmente, sua solução depende de outras políticas, e a ausência de pactuação entre os distintos setores limita o funcionamento/conexão da rede, comprometendo assim a eficácia, a eficiência e a efetividade das ações.

Por fim, espera-se com os resultados do estudo contribuir para o fortalecimento da capacidade de gestão local, no sentido da ESF ultrapassar o caráter curativo para se consolidar como estratégia para mudanças no âmbito local, principalmente para o enfrentamento dos determinantes socioambientais da saúde.

CAPÍTULO I

PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUESTÃO SOCIOAMBIENTAL: A INTERFACE ENTRE SAÚDE E AMBIENTE

*Buscar a saúde é questão não só de sobrevivência, mas
de qualificação da existência.*

BOAVENTURA DE SOUZA SANTOS

Nos últimos anos, as discussões em torno da crise ambiental têm demonstrado que as demandas e problemas de saúde na contemporaneidade não podem ser compreendidos sem uma correlação necessária com os determinantes sócio-históricos e econômicos que envolvem a degradação do ambiente. Como consequência é evidenciada a deterioração das condições de vida com efeitos diretos à saúde humana. Tais consequências questionam o modo de ser e de pensar dos indivíduos em suas relações entre si e com a natureza.

Com vista a superar as consequências geradas pela exploração e uso irracional da natureza, a crise ambiental demanda um novo olhar acerca da interação entre sociedade e ambiente. A construção desse novo olhar implica a superação do saber fragmentado e a transformação democrática do Estado, que por sua vez é responsável pela implementação das políticas sociais, dentre as quais se destaca a *Política pública de Promoção da Saúde*.

Então, estabelecer uma relação entre saúde e ambiente não é um exercício fácil, dado a complexidade que envolve o processo saúde-adoecimento e a questão socioambiental, porém é instigante e desafiador. Instigante porque permite trilhar por novos horizontes, rompendo com o conhecimento disciplinar limitado; e desafiador, à medida que possibilita uma ação-reflexiva acerca dessa temática. É com base neste desafio, que a proposta deste capítulo centra-se em estabelecer um debate em torno da relação saúde/ambiente sob a perspectiva da gestão social em rede e da sustentabilidade socioambiental.

Tendo como referência que a saúde é o estado completo de bem-estar físico, mental e social, resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, parte-se do pressuposto que a Promoção da Saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, mas de um conjunto de ações interdisciplinares e intersetoriais.

Portanto, neste capítulo, pretende-se a partir da literatura especializada abordar as distintas perspectivas conceituais a cerca das categorias saúde e ambiente, apontando a conexão entre a crise econômico-financeira do capitalismo e a crise ambiental, bem como suas consequências à saúde pública.

Nesse ínterim é indispensável abordar a relação entre sociedade e natureza sob a perspectiva da gestão social em rede e da sustentabilidade socioambiental, enfocando a correlação entre as dimensões: social, econômica, política, ambiental e cultural da sustentabilidade, com as demandas da participação cidadina da gestão em rede, tendo como referência a Promoção da Saúde.

Visando melhor esclarecimento, primeiro será feito uma abordagem conceitual da relação entre saúde e ambiente, enfocando o surgimento da discussão da sustentabilidade socioambiental do desenvolvimento como uma alternativa às expressões da questão socioambiental. Na segunda seção é discutida, a partir da literatura especializada, a Política de Promoção da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) como estratégia para a qualidade de vida da população humana. E, por fim, caracteriza-se o Pacto pela Saúde no Brasil, enfocando as diretrizes da Promoção da Saúde e a lógica da sustentabilidade socioambiental da gestão em rede.

1.1 Saúde e ambiente: um diálogo necessário no contexto da sustentabilidade socioambiental

Nos últimos anos, as discussões em torno da saúde e ambiente vem ganhando relevância e centralidade no debate ideopolítico nacional e internacional como categoria histórica indispensável à Promoção da Saúde individual e coletiva.

Por muito tempo, a saúde foi considerada como ausência de doença e uma aspiração do ser humano. Na busca de estabelecer os limites que configuram o conceito do termo saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a descreve como “o estado completo de bem estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou defeito” (CORTÊZ, 1993, p. 38).

Esta definição de saúde, embora tenha a intenção de definir a saúde de forma positiva, ao estabelecer o bem-estar para além da dimensão física, incorporando a dimensão mental e social, tem sido criticada pelo seu caráter estático (completo bem-estar), pela sua

subjetividade e utopia, uma vez que esse conceito não concebe, segundo White (1972 *apud* CORTÊZ, 1993), uma gradação de saúde que contempla seis níveis, a saber: “morte, doença, incapacidade ou invalidez, mal estar ou desconforto, dilaceração ou agravo físico ou descontentamento ou insatisfação” (p. 39).

Esses elementos acima elencados, segundo Cortêz (1993) abre espaço para um conceito mais dinâmico, onde o termo saúde é considerado como “um estado de relativo equilíbrio, da forma e função do organismo, resultante do seu ajustamento dinâmico e satisfatório, às forças que tendem perturbá-lo” (PERKINS, 1938 *apud* CORTÊZ, 1993, p. 39). Esse conceito entende que não há uma condição estável de saúde, ou alternativamente de doença, mas “uma luta permanente entre o organismo do hospedeiro e as forças ou estímulos, de natureza variada, que tentam romper o equilíbrio estabelecido ao nível que corresponde ao seu grau de saúde” (IDEM, p. 39).

Na busca de superar as fragilidades que envolvem a dimensão estática do conceito de saúde, a OMS assume, mais tarde, que a noção de saúde envolve a capacidade de cada indivíduo ou grupo de “realizar suas aspirações e satisfazer as suas necessidades, bem como de transformar o seu meio envolvente, tendo ainda considerado a saúde como um recurso para a vida e não um objetivo de vida” (CARVALHO, 2007, p. 8). Nesta linha de pensamento, a concepção de saúde da OMS assume um caráter dinâmico, ao introduzir a singularidade de cada pessoa em seu projeto pessoal de vida.

No caso brasileiro, as políticas de saúde e sua organização são resultantes de um processo histórico, econômico e social permeado por lutas ideológicas num contexto marcado pelo processo de industrialização. Assim como as demais políticas sociais, a política de saúde tem suas bases de legitimação nas reivindicações do movimento operário na década de 1930, e emerge como estratégia do Estado para a manutenção da ordem social.

Segundo Bravo e Matos (2009), a política de saúde esboçada na década de 1930 foi predominante até a década de 1960, cujas ações eram centradas em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária (IAPS, INPS, INAMPS). No período de 1964 a 1974, em pleno regime político-militar e repressivo, a política de saúde desenvolvida privilegiou o modelo médico-assistencial privatista, articulado às tendências da política econômica implantada no país. Neste contexto houve a ênfase na prática médica curativa individual, assistencialista e especializada.

Esse sistema não produziu resultados efetivos sobre a saúde coletiva e muitos segmentos da sociedade começaram a expressar seu descontentamento sobre a forma como estava sendo formatado o acesso a esse serviço. Assim, o discurso em oposição a mercantilização da medicina fundamentou os alicerces do movimento social pela reforma sanitária brasileira a partir de 1985. Nestes termos, o paradigma de saúde defendido pelo movimento da *Reforma Sanitária* se contrapôs ao paradigma tradicional legitimado pelo modelo médico-assistencial privatista do regime militar.

O grande marco nesse processo foi a VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986. Nesse contexto havia um consenso de que no Brasil não seria suficiente uma mera reforma administrativa e financeira. Havia a necessidade de uma mudança no arcabouço jurídico-institucional vigente, visando ampliar o conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária (ANDRADE; BARRETO, 2002).

Nessa Conferência, a relação entre saúde e ambiente ganha destaque, uma vez que a saúde foi considerada como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (RELATÓRIO FINAL DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE *apud* BRAVO, 2010, p. 89). Esse evento foi um marco para o estabelecimento de uma política de saúde no cenário brasileiro, tendo como referência um *conceito de saúde ampliado*, dado que este entendimento ultrapassou, segundo Bravo (2010), a esfera setorial, referindo-se a sociedade como um todo.

No que tange ao modelo de proteção social brasileiro, Bravo e Matos (2009) ressaltam que o relatório final desta conferência serviu de base para a reformulação da parte que trata da saúde na Constituição Federal de 1988. Segundo esses autores, o novo modelo é progressista, uma vez que instituiu um Sistema de Seguridade Social destinado a assegurar os direitos referentes à Saúde, Assistência Social e Previdência Social.

Na Carta Constitucional é estabelecido que os princípios que fundamentam o Sistema de Seguridade Social configuram “a universalidade, equidade, uniformidade e equivalência, irredutibilidade dos valores dos benefícios, gestão democrática, descentralizada e participativa, como princípios e objetivos da Seguridade Social, garantindo seu caráter público e de responsabilidade do Estado” (VASCONCELOS, 2007, p. 77). Tais princípios foram fundamentados e regulamentados pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) instituída pela Lei 8080/90 que estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS).

Na LOS é ratificada a relação entre saúde e ambiente, ao definir como fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, “a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990, art. 3.º).

Esse reconhecimento se configura em avanços inquestionáveis, conforme postula Czeresnia (2003) tanto no plano teórico quanto no campo das práticas, uma vez que se reconhece oficialmente os limites do modelo sanitário baseado no modelo biomédico tradicional. Tendo a LOS como princípio, estima-se que a saúde seja “integrada às dimensões ambiental, social, econômica, comportamental, além da biológica e médica” (CZERESNIA, 2003, p. 46). Para tanto, as ações do sistema de saúde precisam estar “articuladas a outros setores disciplinares e de políticas governamentais responsáveis pelos espaços físicos, social e simbólico” (IDEM, p. 46).

Nesse sentido, a *saúde* deve ser entendida a partir de um *conceito ampliado*, relacionado às condições de vida dos sujeitos sociais. Visto por esse prisma, é necessário romper com a visão funcionalista e fragmentada de que a questão saúde refere-se somente à ausência de doença, reconhecendo que esta é um fenômeno multidimensional, que envolve tanto os aspectos físicos, sociais, culturais como ambiental. Para tanto, é preciso romper as barreiras entre as concepções de saúde e ambiente no âmbito da gestão das políticas sociais.

O ambiente pode ser entendido “como retrato momentâneo de dada região, cujo conteúdo reúne todo o conjunto de componentes materiais, paisagens e seres vivos” (PORTO, 1998, p. 37). O retrato a que se refere o autor, diz respeito às consequências de processos históricos ocorridos no passado, envolvendo intervenções humanas na natureza, em que “se superpõem dinâmicas de diferentes naturezas que abrangem o meio ambiente físico-biológico, a produção, a tecnologia, a organização social, a economia, a cultura, entre outros” (IDEM, p. 37). Essas interações ocorridas em um determinado momento histórico prejudicam efetivamente a saúde das gerações presentes e futuras.

Nestes termos, torna-se oportuno situar as discussões travadas no cenário internacional sobre o movimento ambientalista para melhor qualificar a abordagem sobre a relação entre saúde e ambiente.

Sob esse prisma, ressalta-se que o século XX foi marcado por diversas crises em nível mundial. Trata-se da conexão entre a crise econômico-financeira e a crise ecológica, as quais se manifestam globalmente nas dimensões econômica, ambiental, cultural e social. É na

década de 1970, que o tema desenvolvimento começa a ser colocado em pauta e a discussão em torno da temática sustentabilidade³ socioambiental evoluiu significativamente impulsionada pela crescente degradação ambiental e reconhecimento científico dos riscos ecológicos para a vida das gerações presentes e futuras.

Nogueira (2009) preconiza que a década de 1960 pode ser considerada, do ponto de vista histórico, o marco inicial das discussões no âmbito das relações internacionais em torno da crise ambiental, pois este período é marcado pela institucionalização do debate entre os países de capitalismo avançado sobre esta temática. Para esta autora os resultados das discussões travadas no relatório do *Clube de Roma*⁴ em 1968 apontam “para a necessidade de se planejar meios para garantir a conservação dos recursos naturais e controlar o crescimento da população” (IDEM, p.141).

Percebe-se que a conclusão do referido relatório reduziu a questão socioambiental em apenas uma questão demográfica, sem considerar que no atual modelo de desenvolvimento capitalista-industrial existem duas forças que caminham em direções opostas. De um lado a lei da entropia aponta para a limitação dos recursos materiais e energéticos, de outro, “o capital aponta para uma necessidade de expansão infinita, [...] orientado e sancionado pelas regras quantitativas de mercado” (STAHEL, 1995, p. 117).

A partir desse quadro introdutório, faz-se pertinente o seguinte questionamento: quais os elementos que fundamentam a interface entre saúde e ambiente?

Porto (1998), ao analisar os elementos que fundamentam a relação entre saúde e ambiente apresenta o polêmico debate que contribuiu para a construção da agenda política de intervenção estatal sobre essa temática. Trata-se da discussão em torno “das disparidades econômica e social entre os países e regiões, fortalecendo a articulação dos aspectos socioeconômicos, ambientais e de saúde, o que propicia a formação de agendas diferenciadas e [...] conflitantes entre os países centrais e periféricos” (IDEM, p. 34). Para este autor tanto a degradação ambiental como os problemas de saúde são por natureza resultante do atual

³Ressalta-se que as origens do conceito de sustentabilidade (*Nachhaltigkeit* em alemão) datam os anos de 1560, onde a Província Saxônica na Alemanha começou a se preocupar com o uso racional da floresta e utilização de madeiras, de forma que ela pudesse se regenerar e se manter permanente. A sustentabilidade transformou-se em um conceito estratégico em 1713 para atender as novas frentes do progresso na Saxônia. A preocupação com a sustentabilidade das florestas foi tão grande, que emergiu uma nova ciência: a silvicultura. Esse conceito se manteve vivo nos círculos ligados a silvicultura e fez-se ouvir em 1968, quando se criou o Clube de Roma (BOFF, 2012).

⁴O Clube de Roma é uma organização internacional formada por líderes mundiais, representantes dos grupos empresariais.

modelo econômico mundial e só podem ser compreendidos com base na dinâmica desse processo subjacente ao modelo de desenvolvimento.

O autor destaca que o dilema entre os estados-nação pôde ser constatado em 1972, durante a Conferência de Estocolmo⁵. De um lado “os países ricos discutiam a possibilidade de controle da poluição [...]”, e de outro, “os países pobres argumentavam que, no caso de adotarem tal controle, ocorreria quebra no desenvolvimento econômico e, por consequência, não haveria acesso efetivo ao mercado mundial” (PORTO, 1998, p.34).

A tensão entre os países ricos e países pobres, ainda pôde ser percebida na Conferência Rio 92⁶,

Enquanto os países ricos tratavam os problemas ambientais globais – o aquecimento global e o buraco na camada de ozônio – como questões prioritárias, estas continuavam sendo, para os países pobres, ligadas à necessidade de redução da pobreza e ao acesso à tecnologia como pré-condição para controle bem sucedido dos problemas ambientais globais (PORTO, 1998, p. 34).

Percebe-se que mesmo vinte anos após a realização da Conferência de Estocolmo não houve um consenso entre os países acerca da problemática ambiental. As tensões entre as necessidades sociais, ambientais e de saúde presente nos espaços de discussão impulsionaram a definição de um conceito que se apoia numa perspectiva unificadora acerca do *desenvolvimento sustentável* ainda em 1987.

Conforme Nogueira, M.G. (2009, p. 141) o termo *desenvolvimento sustentável* foi divulgado pela primeira vez em 1980, “numa publicação intitulada: *Estratégia Mundial para a Conservação*, realizada pela União Internacional para a Conservação da Natureza”. Entretanto, é certo que a definição mais conhecida é a adotada a partir de 1987 no Relatório de *Brundtland* (1991, p. 46), ou seja, “o desenvolvimento sustentável é aquele que atende às necessidades do presente sem comprometer a possibilidade de as gerações futuras atenderem as suas próprias necessidades”.

⁵A conferência de Estocolmo foi o primeiro evento internacional organizado pela ONU para discutir os problemas ambientais (PORTO, 1998).

⁶A Rio 92 foi a II Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento Humano realizada em 1992 no Brasil, na cidade do Rio de Janeiro. Reuniu cerca de 117 governantes de países para discutir estratégias para enfrentar os problemas socioambientais produzidos em nível global. Dentre os acordos e compromissos firmados entre os países, destaca-se a Agenda 21, a qual estabelece um novo padrão de desenvolvimento conciliando métodos de proteção ambiental, justiça social e eficiência econômica.

Observa-se no Relatório de *Brundtland* (1991) um esforço em formular propostas concretas que visassem estreitar a relação entre saúde e ambiente, quando a definição de desenvolvimento sustentável identificou o papel dos seres humanos em relação ao ambiente e descreveu o impacto das mudanças ambientais sobre a saúde e a qualidade de vida das pessoas.

Esta noção de desenvolvimento sustentável foi rapidamente difundida e assimilada no meio social e acadêmico, e tornou-se referência para eventos e documentos internacionais liderados por instituições internacionais, como por exemplo: a Organização das Nações Unidas e a Organização Mundial da Saúde, pois “procura integrar a questão ambiental ao desenvolvimento, ainda que de forma pouco clara e, com frequência, contraditória” (PORTO, 1998, p. 34).

Contudo, pode-se dizer que o principal marco conceitual sobre a noção de sustentabilidade do desenvolvimento remonta a década de 1970, quando Maurice Strong lançou em 1973, durante a primeira reunião do Conselho de Administração do Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente, a noção de Ecodesenvolvimento (SACHS, 1986).

Com base nessa ideia, em 1974, Ignacy Sachs (1986) reformulou seus princípios e diretrizes definindo o ecodesenvolvimento como um:

[...] estilo de desenvolvimento que, em cada ecorregião, insiste nas soluções específicas de seus problemas particulares, levando em conta os dados ecológicos da mesma forma que os culturais, as necessidades imediatas como aquelas também a longo prazo (SACHS, 1986, p. 18).

Nesse viés, Sachs (1986) formulou quatro condições essenciais para adoção dessas estratégias durante o planejamento. A primeira refere-se ao estabelecimento de vínculos horizontais, capaz de superar o nível setorial e de tirar proveito das possibilidades de complementariedade existente. A segunda diz respeito à efetiva participação da população local na preparação de ecoestratégias, na pesquisa necessária e na execução da ação proposta. Estabelece também como condição necessária, a criação de um sistema educacional voltado não apenas para transmissão de conhecimento didático, mas que adote um ensino rural, onde os estudantes aprendam a participar de atividades de desenvolvimento e assumir responsabilidades em relação à comunidade. E por fim, aponta a necessidade de se integrar áreas rurais à economia nacional.

Essas quatro condições favorecem uma gestão ancorada nos princípios de uma gestão social em rede⁷, a qual se apoia em um sistema descentralizado, baseado na participação dos diversos atores sociais, sejam os já inseridos na dinâmica do desenvolvimento como aqueles excluídos e com dificuldade de acesso no processo de tomada de decisão dos serviços sociais disponíveis na sociedade.

A contribuição de Sachs (1986) ampliou o conceito de desenvolvimento ao incorporar além da dimensão econômica, as dimensões política, cultural, social, e ambiental. Essas diretrizes foram esquematicamente condensadas por Nogueira, M.G. (2009) ao referir-se a Andrade (2000) na citação a seguir:

a) a satisfação das necessidades básicas de todos os seres humanos no presente (solidariedade sincrônica); b) a solidariedade com as gerações futuras (solidariedade diacrônica); c) a participação da população envolvida em todos os programas de desenvolvimento; d) a preservação dos recursos naturais e do meio ambiente em geral; e) a construção de um sistema social com garantia de emprego, segurança social e respeito a outras culturas; f) programas de educação (IDEM, p. 142).

Nestes termos, a perspectiva de ecodesenvolvimento em Sachs (1986) considera o desenvolvimento como um processo dinâmico e contraditório que deve primar pela melhoria da qualidade de vida das pessoas respeitando os limites dos ecossistemas. Nesse sentido, o desenvolvimento apoia-se na articulação de cinco pilares da sustentabilidade, os quais abrangem a dimensão ambiental, econômica, ecológica, política e social. As diretrizes de cada dimensão podem ser visualizadas no Quadro 1:

Dimensão	Características
SUSTENTABILIDADE SOCIAL	Processo de desenvolvimento em que exista maior equidade na distribuição da renda, de modo a melhorar substancialmente as condições de vida da população e reduzir a distância entre padrões de vida de abastados e não abastados;

⁷

A discussão sobre gestão social em rede será aprofundada no Capítulo 2 deste trabalho.

SUSTENTABILIDADE ECONÔMICA	Alocação e gestão mais eficientes dos recursos com um fluxo regular de investimento público e privado. Uma condição fundamental para isso é superar as atuais condições externas, decorrentes de uma combinação de fatores negativos: o ônus do serviço da dívida e do fluxo líquido de recursos financeiros do Sul para o Norte, as relações adversas de troca, as barreiras protecionistas ainda existentes nos países industrializados e, finalmente, <i>as limitações de acesso à ciência e à tecnologia;</i>
SUSTENTABILIDADE ECOLÓGICA	Uso dos recursos potenciais dos vários ecossistemas – com um mínimo de dano aos sistemas de sustentação da vida – para propósitos socialmente válidos. Auto limitação do consumo material pelos países ricos e pelas camadas sociais privilegiadas em todo o mundo. Definição das regras para uma adequada proteção ambiental;
SUSTENTABILIDADE ESPACIAL	Voltada a uma configuração rural-urbana mais equilibrada e a uma melhor distribuição territorial de assentamentos humanos e atividades econômicas;
SUSTENTABILIDADE CULTURAL	Busca das raízes endógenas dos modelos de modernização e dos sistemas rurais integrados de produção, privilegiando processos de mudanças no seio da continuidade cultural e traduzindo o conceito normativo de ecodesenvolvimento em uma pluralidade de soluções particulares, que respeitem as especificidades de cada ecossistema, de cada cultura e de cada local.

Quadro 1 – Dimensões da Sustentabilidade segundo Sachs (1993)

FONTE: SACHS (1993, p. 25-27)

Pautada nas dimensões da sustentabilidade apresentadas por Sachs (1993), entende-se que a categoria ambiente perpassa todas as esferas da sociedade. Nesse sentido, esses pilares deveriam ser adotados no planejamento e na gestão de políticas públicas, como subsídio para construção, no caso da saúde pública, de uma política de Promoção da Saúde voltada aos interesses da sociedade, contrapondo-se ao ideário neoliberal.

O economista político Enrique Leff (2009) destaca que embora muitos princípios dos discursos, tanto do ecodesenvolvimento como do desenvolvimento sustentável, sejam afins, há que se perceber que “as estratégias de poder da ordem econômica dominante vão modificando o discurso ambiental crítico para submetê-lo à racionalidade do crescimento econômico” (IDEM, p. 209).

Nogueira, M.G. (2009) complementa o entendimento de Leff (2009), ao afirmar que embora se reconheça que tanto a proposta do ecodesenvolvimento quanto do desenvolvimento sustentável tenham como foco o desenvolvimento, é possível inferir uma diferenciação política e ideológica entre ambos os conceitos. Nestes termos:

[...] enquanto o primeiro busca a superação da lógica individualista/predatória do capital, o segundo conceito busca responder aos desafios da crise ambiental mediante mecanismos que consolidam o sistema vigente, isto é, visa ao mesmo modelo de desenvolvimento sob uma “nova roupagem verde”. Assim, o conceito de desenvolvimento sustentável é uma superação positiva para o capital dos princípios conceituais do ecodesenvolvimento, os quais representam um questionamento da lógica industrialista vigente num panorama de globalização econômica. (NOGUEIRA, M.G., 2009, p. 145).

De acordo com a análise acima apreendida, pode-se dizer que embora os elementos presentes nos discursos tanto do ecodesenvolvimento como do desenvolvimento sustentável sejam afins, tais como “o princípio básico de defesa ao direito das gerações futuras e a criação de uma sociedade sustentável” (NOGUEIRA, M.G., 2009, p. 144), torna-se necessário ficar atento às diferenças ideopolíticas que perpassam ambos os conceitos. Enquanto o ecodesenvolvimento busca superar a lógica predatória do modelo dominante de desenvolvimento ilimitado do capital, o conceito de desenvolvimento sustentável emerge como uma alternativa positiva inerente à consolidação do processo de desenvolvimento econômico na contemporaneidade camuflado pelo discurso do capital “verde”. Assim o discurso hegemônico de desenvolvimento sustentável no âmbito das relações internacionais da globalização da economia engendra mecanismos ideológicos e institucionais que colocam como “conciliável” a proteção do ambiente e o crescimento econômico.

Entretanto, a história nos revela que esta amálgama de ideias é inconciliável, trazendo à tona reflexões sobre alguns paradigmas sobre desenvolvimento que por muito tempo foram impostos como verdades a serem seguidas. Um deles, segundo Veiga (2010), é tratar a noção de desenvolvimento como sinônimo de crescimento econômico, em que o desenvolvimento é medido com base em indicadores quantitativos como, por exemplo, o Produto Interno Bruto *per capita*, ignorando os processos qualitativos histórico-culturais de um determinado país ou região. Todavia, problemas relacionados à pobreza, ao desemprego em massa, a falta de acesso a bens essenciais para a manutenção da vida, a violação de liberdades políticas elementares e de liberdades formais básicas, conflitos culturais, morte prematura, dentre outras, são visíveis tanto em países pobres como em países ricos.

Assim, com base nos contrastes acima elencados é que se admite que o desenvolvimento não possa ser compreendido por visões centradas apenas na renda *per capita*, embora se reconheça que o crescimento (mudança quantitativa) é um dos fatores importantes para o desenvolvimento (mudança qualitativa). Celso Furtado (2004, p.484)

entende que “o *crescimento econômico*, tal qual o conhecemos, vem se fundando na preservação dos privilégios das elites que satisfazem seu afã de modernização; já o *desenvolvimento* se caracteriza pelo seu projeto social subjacente”. Para este autor ter acesso aos recursos para investir não é suficiente para dispor de um melhor futuro para a qualidade de vida da população. “Mas quando o projeto social prioriza a efetiva melhoria das condições de vida dessa população, o crescimento se metamorfoseia em desenvolvimento” (FURTADO, 2004, p.484).

É no bojo dessa contradição que a noção de sustentabilidade ganha fórum público e sua emergência está atrelada a ideia de desenvolvimento. Nesta ótica, acredita-se que a sustentabilidade é inerente ao processo de desenvolvimento e vice-versa. Nesse processo concorda-se com Sachs (1993), para quem a sustentabilidade deve ser garantida no âmbito econômico, ambiental, político, social, territorial e cultural.

Nessa perspectiva, durante o planejamento de políticas públicas deve-se considerar os aspectos qualitativos e imperativos subjacentes ao processo de desenvolvimento. Pois os problemas ambientais são regidos por diferentes e complexos elementos oriundos de causas diversas, desvelando as expressões da crise ambiental como questões socioambientais.

A emergência do termo *socioambiental* é determinada, conforme Veiga (2007), pelo reconhecimento recente e incipiente da comunidade científica e sociedade em geral “[...] sobre os riscos e as incertezas que as sociedades enfrentarão por conta da degradação ambiental” (IDEM, 2007, p. 10). A legitimação desse neologismo não é uma mera junção entre os termos social e ambiental, mas deve-se ao reconhecimento de que as mudanças sociais estão intrinsecamente relacionadas às mudanças decorrentes da relação homem-natureza, à medida que se reconhece que os reflexos do modelo de desenvolvimento adotado afetam diversas dimensões da vida em sociedade, dentre estas a saúde pública.

Além disso, a adoção da expressão socioambiental corresponde, conforme Veiga (2007), a uma necessidade objetiva em responder os impactos socioambientais que permeiam a sociedade contemporânea. Nestes termos a emergência do conceito de sustentabilidade socioambiental se vincula a processos sociais da relação do homem com a natureza e pauta-se na busca do equilíbrio entre as dimensões econômica, social e ambiental, à medida que os efeitos da degradação ambiental impulsionada pelo crescimento econômico, afeta direta ou indiretamente a vida em sociedade.

A partir da explanação teórica até aqui apreendida e da crescente complexidade da questão ambiental e de saúde bem como sua vinculação com a dimensão social, a *sustentabilidade socioambiental* será entendida neste estudo a partir do *ecodesenvolvimento*, para o qual o desenvolvimento é um processo em construção, onde as dimensões sociais e ambientais são indissociáveis. Nestes termos, a gestão social sob a ótica da sustentabilidade socioambiental deve estar ancorada nos princípios da diversidade cultural, da equidade social e da democracia política. Sua finalidade é a superação da lógica predatória do modelo dominante de desenvolvimento ilimitado do capital e não pela lógica do *desenvolvimento sustentável*, camuflado pelo discurso “verde da economia”, obscurecendo as contradições em torno da problemática socioambiental.

Feito essas considerações retoma-se a discussão da relação entre saúde e ambiente no contexto do paradigma da sustentabilidade socioambiental. Cabe ressaltar que a relação aqui apreendida entre ambas categorias está mais centrada na contextualização da conexão entre o modelo econômico capitalista e suas consequências à saúde pública, do que na demonstração das inúmeras doenças que se relacionam às mudanças ambientais.

Na concepção de Minayo (2002), o debate sobre saúde e ambiente parte de dois pressupostos básicos:

[...] o primeiro é a essencialidade da relação entre o ser humano e a natureza; o segundo, derivado do primeiro, é de que o conceito de ambiente, tal como o entendemos, é construído pela ação e reflexão humana, carregando, portanto, elementos de ideologia e de historicidade (IDEM, p. 113)

No campo da saúde, Minayo (2002) aponta que esses pressupostos estão fundamentados em três correntes que buscam estabelecer a interface entre saúde e ambiente:

O **naturalista-reducionista**, que fundamenta as teorias tradicionais das ciências da vida, particularmente nas ciências biológicas e biomédicas, considera o social e o ambiental apenas como variáveis a serem levadas em conta no aparecimento das enfermidades. Toda a ênfase é dada ao contexto e ao conhecimento biológico. O chamado paradigma Flexneriano se fundamenta nesse modelo.

O **modelo tecnológico-tecnocrático** que apenas considera a questão ambiental do ponto de vista gerencial, como resultado dos avanços tecnológicos utilizados para intervir em mudanças a favor da saúde. Esse possui um forte componente normativo que vem sendo ampliado por diretrizes internacionais, como a recente ISSO 14000.

O **chamado modelo sociológico**, impregnado pela idéia (sic) da dicotomia

entre ser humano e natureza, dando ênfase especial à visão antropocêntrica do desenvolvimento e dos projetos futuros da humanidade (IDEM, p. 113-114).

A partir dessas três concepções percebe-se a presença de visões reducionistas e fragmentadas. Cada um desses reducionismos, conforme Minayo (2002, p. 114) tem estado presente, embora com ênfases diferenciadas, “nas crenças do biologicismo, das soluções da engenharia ou na visão idealizada, seja do ser humano, seja da natureza”. Não se pode conceber a questão saúde de forma fragmentada e isolada, sem conceber a relação entre o homem e o meio em que vive. É necessário considerar os condicionantes sociais e ambientais; adotar um sentido integrador e construir uma “prática integrada entre saúde, ambiente e condições-relações sociais” (MINAYO, 2002, p. 114).

Desse modo, urge a ultrapassagem do entendimento de saúde como ausência de doença para o entendimento de que esta depende de um conjunto de fatores que propiciam o bem-estar físico, mental e social dos sujeitos sociais. Nesse viés de análise, o termo ambiente deve ser visto de uma forma ampliada, agregando não apenas a dimensão física ou natural, mas também a dimensão cultural, social, política e econômica de um determinado grupo social ou comunidade. Da mesma forma, a questão saúde deve ser entendida no sentido mais amplo, dado que as questões de ordem socioambiental e suas consequências afetam direta ou indiretamente a saúde humana e questionam o modo de ser e de pensar da sociedade em geral.

Assim, entende-se que ambas as categorias conceituais devem ser interpretadas num sentido ampliado, em que a questão ambiental não se refere apenas à natureza propriamente dita, nem a questão saúde à ausência desta. Mas esses conceitos estão intimamente relacionados, uma vez que a saúde depende de um ambiente equilibrado, no cerne de uma sociedade complexa, resultante das interações dos fatores bióticos e abióticos.

Dessa forma, o ponto de interseção entre saúde e ambiente refere-se ao modelo de desenvolvimento adotado por uma determinada sociedade, que sob a égide do capitalismo gera impactos nas condições de vida das pessoas por meio: do desemprego, da exclusão social, da falta de condições mínimas de sobrevivência, da precarização do acesso aos serviços sociais e de saúde, da falta de saneamento básico, entre outros fatores. Essa complexidade de fatores incide no aparecimento de várias doenças, tais como as doenças respiratórias em decorrência da poluição do ar, doenças relacionadas à falta do saneamento

básico, mortes por violência decorrente da desigualdade social, dentre outras.

Para ilustrar melhor a relação saúde-ambiente aponta-se como exemplo a transmissão da dengue, que ocorre pela picada do mosquito “infectante”, como o *Aedes aegypti* que se prolifera em acúmulos de água armazenada inadequadamente, por exemplo, em resíduos domiciliares mal gerenciados.

Nestes termos, a discussão entre essas duas categorias no campo da saúde é indispensável, principalmente quando se pensa em estratégias para uma gestão social no âmbito da Promoção da Saúde sob a ótica da sustentabilidade socioambiental, dado que “ambiente” são espaços historicamente construídos, ou seja, é o resultado da interação do homem com a natureza. E a partir dessas interações sociais ocorridas, sobretudo no atual sistema produtivo, verificam-se as modificações em decorrência da organização do modo de produção e do consumo que dominam o sistema econômico. Fica evidente que além dos fatores naturais, destacam-se os fatores sociais, uma vez que o atual modelo societal requer relações econômicas, culturais, políticas que abrangem o nível local, regional e internacional.

Nesse processo Minayo *et al* (2000, p. 9) aponta como fatores condicionantes e determinantes da saúde, “o estilo de vida; os avanços da biologia humana; o ambiente físico e social e serviços de saúde”. Partindo desse entendimento, considera-se que são os principais pilares de uma Gestão Social: a intersetorialidade, a territorialidade e a participação social fundamentadas nos princípios da sustentabilidade socioambiental desse processo.

Com base nos referenciais ora explicitados se faz pertinente situar o contexto histórico da política de Promoção da Saúde, visando situar o significado da *gestão social em rede* para que se possa compreender o surgimento de políticas que valorizam a *qualidade de vida da população*, condição esta, indispensável para a sustentabilidade socioambiental do desenvolvimento. Essa abordagem será desenvolvida na próxima seção.

1.2 Em busca de uma qualidade de vida: a estratégia da promoção de saúde no âmbito do SUS

A emergência do debate entre saúde e ambiente, como parte integrante da Política de Promoção da Saúde, floresceu no cenário internacional a partir dos anos 1970, em um

contexto marcado pela crítica ao modelo de desenvolvimento capitalista, cuja essência centra-se nas forças do mercado e ancorado na lógica neoliberal. Como herança desse modelo vivencia-se no fim do século XX a intensificação da desigualdade social que impacta diretamente a qualidade de vida e a saúde da população.

O debate em torno da saúde e da qualidade de vida emerge paralelo ao alvorecer do movimento ambientalista como um redimensionamento da *questão social* na cena contemporânea. Esse redimensionamento é delineado pelas novas configurações do *capital financeiro* no atual contexto da mundialização da economia. Nesse processo de acumulação capitalista, a questão social metamorfoseia-se, adensando “novas determinações e relações sociais historicamente produzidas” (IAMAMOTO, 2010, p. 107). Nesse sentido é pertinente situar o seu significado social⁸ no atual cenário de dominação capitalista.

Segundo Iamamoto (2010), a origem da questão social na sociedade burguesa resulta do modo de produção e exploração capitalista e pode ser apreendida como “[...] a expressão ampliada da exploração do trabalho e das desigualdades e lutas sociais dela decorrentes” (IDEM, p. 162). Em outros termos, a questão social se configura na contradição entre capital e trabalho, em que o trabalhador, na busca de suprir suas necessidades básicas se submete ao domínio do capital. Expressa, portanto, um conjunto de desigualdades econômicas, políticas, sociais e culturais a que milhares de pessoas são acometidas na sociedade capitalista. Desse modo, a autora afirma que a “velha questão social” moderniza-se assumindo na cena contemporânea uma nova face e evidencia uma imensa lacuna “entre o desenvolvimento das forças produtivas do trabalho social e as relações sociais que o impulsionam” (IDEM, p. 144).

Sob esse prisma, Silva, S. (2011) afirma que em decorrência dos problemas ambientais socialmente produzidos pelo capital, a questão social é redimensionada na contemporaneidade e metamorfoseia-se em *questão socioambiental*. Diante desse quadro, quais as estratégias presentes na arena política para responder as demandas de saúde em decorrência da questão socioambiental na sociedade brasileira?

Minayo *et al* (2000) aponta que a Promoção da Saúde emerge como estratégia central para o estabelecimento de condições para a qualidade de vida paralelo ao movimento ambientalista. Para a autora, a *qualidade de vida* se relaciona com a satisfação das necessidades mais simples da vida humana, ou seja, o acesso a “alimentação, a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que tem como referência

⁸Ressalta-se que não é interesse desse estudo aprofundar a discussão da categoria questão social.

noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva” (MINAYO *et al*, 2000, p. 10).

Desse modo, a qualidade de vida pode ser apreendida como o aspecto material e subjetivo das relações dos homens entre si e com a natureza. Seu significado assume conforme Minayo *et al* (2000, p. 10) características polissêmicas, de um lado, relaciona-se aos estilos de vida de uma determinada sociedade; por outro inclui o discurso do “desenvolvimento sustentável e ecologia humana. E por fim relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais”.

Nestes termos, a *qualidade de vida* pode ser referenciada as dimensões da sustentabilidade socioambiental. Na *dimensão social*, a qualidade pode ser compreendida por meio do acesso equitativo a bens e serviços inerentes a satisfação de necessidades básicas da vida humana; na *dimensão econômica*, está relacionado ao acesso e utilização aos serviços sociais relevantes, principalmente saúde, educação e seguridade social, assim como o acesso à ciência e à tecnologia; no que tange a *dimensão cultural*, vincula-se a valores e costumes específicos de uma determinada localidade, respeitando suas tradições. A *dimensão ecológica*, por sua vez, engloba a exploração racional dos recursos respeitando os limites ecossistêmicos; e por fim, na *dimensão política*, a qualidade de vida pode ser entendida a partir do processo de construção de cidadania a fim de garantir a incorporação plena dos indivíduos ao processo de desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais.

No Brasil, pensar em alternativas para garantir a saúde e a qualidade de vida da população significou redirecionar a agenda política do país num processo de redemocratização. Para Bravo (2010), é no bojo da crise econômico-social e política vivenciada pela sociedade brasileira nos anos 1980, que a questão saúde vivenciou a dialética de avanços versus rupturas.

Para a autora citada, esse período pode ser caracterizado pelos avanços do movimento sanitário na elaboração de propostas visando o fortalecimento do setor público em detrimento ao setor privado, consubstanciando a garantia de um sistema público de saúde, previsto nos Art.198 e 200 da Constituição Federal de 1988.

O direito à saúde foi ratificado por meio da lei complementar Lei Nº 8080/90, onde o *conceito ampliado de saúde* se faz presente, “[...] oferecendo ao povo brasileiro a oportunidade de efetivar um sistema integrado e gratuito que cuida da prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde, fortalecendo a cidadania” (BRASIL-CONASS, 2011).

Em consonância com o que dispõe o Art. 198 da C.F./88, a política de saúde nacional, está organizada em rede regionalizada e hierarquizada, constituindo-se em um sistema único, de acordo com as seguintes diretrizes: “I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade” (BRASIL, 1988), cujas ações e serviços de saúde podem ser de promoção, proteção e recuperação da saúde. Nestes termos, a LOS detalha a organização, a direção e a gestão do Sistema Único de Saúde brasileiro e reforça a concepção de Promoção da Saúde.

Então o que significa Promoção da Saúde? Quais os seus princípios? E qual o limite entre promoção e prevenção?

De acordo com Sicoli e Nascimento (2003) a expressão Promoção da Saúde foi usada pela primeira vez na história em 1945, pelo médico canadense Henry Sigerist. Para ele, a medicina tinha quatro tarefas essenciais: “a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação” (IDEM, p. 102). Definia que a *Promoção da Saúde* baseava-se em *condições de vida decentes*, boas condições de trabalho, educação, atividade física e descanso.

Em 1974, outra concepção foi divulgada por meio do relatório *Informe Lalonde*, este por sua vez, ao contrário da definição generalista de Sigerist, privilegiou os “fatores particulares” (SICOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 103), como a limitação das ações centradas na assistência médica. No relatório Lalonde mostra que o atual modelo de assistência médica era insuficiente para atuar sobre os *determinantes sociais da saúde*, os quais envolvem os fatores biológicos, ambientais e os relacionados às condições de vida. Em contrapartida recomendara a ampliação do campo de atuação da saúde pública, “[...] priorizando medidas preventivas e programas educativos que trabalhassem com mudanças comportamentais e de estilos de vida” (SICOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 103).

Essa concepção foi criticada pela Organização Mundial de Saúde que entendia que a prescrição de certos componentes, baseados em hábitos individuais não saudáveis (fumo, obesidade, promiscuidade sexual e o uso de substâncias psicoativas) era contrária aos princípios da promoção de saúde, pois considerava os indivíduos como únicos e exclusivos responsáveis pela saúde, relegando ao segundo plano, os determinantes sociais, políticos e econômicos (SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

Na década de 1980, o conceito original desenvolvido por Sigerist é retomado e ganha

destaque no campo da Saúde Pública e é oficialmente introduzido pela Organização Mundial de Saúde. Desse modo, seu marco conceitual e sua prática estão atrelados às organizações internacionais, sobretudo, Europa Ocidental, Canadá e Estados Unidos (SICOLI; NASCIMENTO 2003).

Outro marco importante ressaltado pelos autores refere-se à publicação da Carta de Ottawa em 1986. Declara a carta que a *Promoção de Saúde* consiste em proporcionar as pessoas os meios necessários para melhorar sua saúde e estabelecer um melhor controle sobre a mesma. Para tanto, assume o compromisso com a equidade sanitária e explicita que a *Promoção da Saúde não é de responsabilidade exclusiva do setor saúde*, mas relaciona-se com a questão política, econômica, ambiental, social e cultural (além dos fatores biológicos). Desse modo, atribui à promoção o “[...] dever de permitir que tais fatores sejam favoráveis à saúde” (SICOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 105) e, portanto, inerente à sustentabilidade socioambiental da gestão social dessa política.

A partir desse entendimento pressupõe-se a intersectorialidade, em que o setor sanitário deverá exercer um papel mediador entre os interesses antagônicos em favor da saúde. E a *participação ativa dos diferentes atores sociais* é uma importante ferramenta para a operacionalização da Promoção de Saúde (SICOLI; NASCIMENTO 2003). Além disso, algumas variáveis devem ser consideradas para que seja garantida a *sustentabilidade política da Promoção da Saúde*, tais como o estabelecimento de novos padrões de governança, a fim de se adaptar as mudanças evidenciadas no ambiente da administração pública; e a construção interna “de pactos não só para dar representatividade direta dos grupos de interesse dentro da rede, mas [...] para tornar mais equitativa a sua capacidade de representação” (TEIXEIRA; OUVENEY, 2007, p. 76). Tais ações envolvem a construção de uma *gestão em rede* que envolva a participação de diversos atores internos e externos a ela.

Sob esse viés de análise, é válido ressaltar que somente nos anos 90 do século XX, a partir da Rio 92, que “a interdependência entre o desenvolvimento socioeconômico e as transformações no meio ambiente, durante décadas ignorada, entrou tanto no discurso como na agenda de grande parte dos governos do mundo” (SICOLI; NASCIMENTO, 2003, p 106).

No caso brasileiro, a noção de Promoção de Saúde é sugerida pela VIII Conferência Nacional de Saúde e garantida na Carta Magna no Art. 196 ao definir “a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a

redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, Art. 196).

Esta conferência pode ser considerada um marco fundador de uma *nova concepção de qualidade de vida* no país, à medida que proclamou a saúde um direito do cidadão, ampliando e politizando seu conceito, nele incluindo a visão social dos determinantes dos processos de adoecimento ou de um modo de existência saudável.

Sobre esse aspecto, convém ressaltar que o termo *Promoção de Saúde* é geralmente confundido com o conceito de prevenção. Essas distorções conceituais afetam a qualidade das discussões técnicas que envolvem essa temática. Com vistas a eliminar esses equívocos, Cezeresnia (2003) faz uma distinção entre prevenção e promoção de saúde. Para isso, recorre às definições propostas por Leavell & Clarck (1976). A *prevenção em saúde* é “[...] uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (p. 45). Enfatiza que o discurso preventivo tem como base o conhecimento epidemiológico e visa evitar o surgimento de doenças específicas, controlar a incidência de doenças infecciosas e reduzir os riscos de doenças degenerativas na população.

As *ações de prevenção em saúde* combinam educação em saúde, mediante à divulgação de informação científica, e recomendações normativas de mudança de hábitos, onde o sujeito voluntariamente compreende e aceita os objetivos implícitos e explícitos nas ações propostas e as coloca em prática com vista a alcançar um efeito intencional sobre sua própria saúde. Assim, prevenir significa preparar a sociedade, de modo a impedir ou evitar que algum dano à saúde se realize ou se propague.

Por *Promoção da Saúde*, Cezeresnia (2003) entende como algo mais amplo que prevenção, “pois se refere à medidas que ‘não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais’” (LEAVELL & CLARCK, 1976 apud CEZERESNIA, 2003, p.45). Assim, a *prática de promoção de saúde* leva em consideração os múltiplos determinantes da saúde, tais como os fatores genéticos, ambientais, serviços de saúde e condições de vida, e se apoia nas múltiplas técnicas de intervenção, dentre elas a Educação em saúde.

Diante desses pressupostos, *as estratégias de promoção* têm como referência os fatores sociais, ambientais, político, econômico, organizacionais e reguladores relacionados ao comportamento humano, as condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura

subjacente aos problemas de saúde demandando da gestão pública uma *abordagem em rede intersetorial*.

No que tange ao modelo brasileiro, ressalta-se que apesar da discussão em torno dessa temática anteceder os anos 80 do século XX, a *Política Nacional de Promoção da Saúde* foi elaborada e aprovada somente em 2006. Sua publicação representa um marco no processo de construção e consolidação do SUS e foi definida pelo Ministério da saúde como:

[...] uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL/MS-POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2007, p. 12).

Assim, seu objetivo geral é “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL/MS-POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2007, p. 17). Diante disso, são delineadas algumas diretrizes e estratégias de implementação ancoradas nos princípios de uma *gestão social em rede intersetorial*.

Nessa direção, a Política Nacional de Promoção da Saúde priorizou seis eixos para desenvolver suas ações, a saber:

- divulgação e implementação da política nacional de Promoção da Saúde;
- alimentação saudável, prática corporal/atividade física,
- prevenção e controle do tabagismo,
- redução da mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas,
- redução da mortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz,
- e por fim, a promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2007)

Nesse sentido, a *Promoção da Saúde* considera a questão *saúde* em seu sentido ampliado, concebe os sujeitos sociais em sua totalidade, extrapolando a assistência médica-curativa à medida que considera os determinantes sociais, econômicos e sociais como parte do processo constituinte da saúde individual e coletiva. A adoção dessa prática só é viável com ações pactuadas em nível intersetorial, ou seja, a *operacionalização da Promoção da Saúde* requer a ação conjunta dos diferentes setores envolvidos direta ou indiretamente no fomento de condições favoráveis à saúde coletiva. As ações intersetoriais da gestão em rede, nesta perspectiva, busca atender os diferentes aspectos da vida do cidadão simultaneamente.

É importante acentuar que a *família* é um *locus privilegiado para a implementação das ações de Promoção da Saúde*, pois de acordo com Buss (2002, p.53) “é na família que se constituem muitos dos comportamentos e hábitos de vida favoráveis ou nocivos para a saúde”, tais como alimentação, hábitos e costumes, os quais geralmente são reproduzidos em níveis intergeracionais. Visto por essa ótica é vital integrar as ações de *Promoção da Saúde* à atenção básica, notadamente no âmbito do *Programa Saúde da Família* (PSF), uma vez que este é um *locus* privilegiado de inserção social e territorial.

Ressalta-se que com a finalidade de superar as lacunas infraconstitucionais em relação ao SUS, o Ministério da Saúde desde 1991 tem elaborado Normas Operacionais Básicas (NOB), para orientar as estratégias operacionais, as competências dos entes federados para o financiamento das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (VASCONCELOS, 2007). Nestes termos a NOB 1991 explicitou o processo de municipalização; a NOB 1993 caracterizou-se pela luta quanto ao financiamento; e a NOB 1996 criou os diversos níveis de gestão.

Em 2001, como estratégia de garantia da equidade de acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços de saúde, foi instituída a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) por meio da portaria ministerial GM/MS Nº 95 de 26 de janeiro de 2001, que determina a *regionalização do SUS*, introduzindo a ideia de *redes de assistência*. Em 27 de fevereiro de 2002 foi instituída a NOAS/2002 por meio da portaria GM/MS Nº 373/2002, que contemplou os serviços de média e alta complexidade e orientações para o estabelecimento dos fluxos de referência intermunicipais. Surge assim, a necessidade de adequar o modelo de gerência tradicional, setorializado e centralizado às novas exigências impostas pelas demandas de participação e controle social, que foram teoricamente consagradas nos princípios de gestão descentralizada e participativa das políticas de Seguridades Social do Brasil tendo como princípio a Carta Magna de 1988.

Com o objetivo de ultrapassar os limites setoriais da saúde e aprofundar o processo de descentralização do SUS para os estados e municípios, em fevereiro de 2006 foi estabelecido o *Pacto Pela Saúde*. Este movimento, ao contrário das NOBs e das NOAS, não é uma norma operacional, mas um acordo interfederativo articulado em três dimensões: Pacto Pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, onde os gestores do SUS assumiram o compromisso público de construção contínua desse pacto (BRASIL/MS - CONASS, 2007).

Segundo Carvalho *et al* (2008), o *Pacto pela Saúde* pressupõe a participação de novos sujeitos sociais no processo de tomada de decisão, o que permite a construção de agendas de aperfeiçoamento dos sistemas de saúde mais coerente com as realidades regionais. Acrescenta ainda que, essas agendas devem levar em consideração “as prioridades nacionais estabelecidas no *pacto pela vida* e estar adequado com os princípios do SUS e com as diretrizes do *pacto de gestão*” (CARVALHO *et al*, 2008, p. 18). Desse modo, as pactuações regionais preveem a “[...] elaboração descentralizada de diagnósticos e análises situacionais das regiões de saúde e criação de novas instâncias de decisão, com a constituição dos colegiados de gestão regional” (CARVALHO *et al*, 2008, p. 17-18).

Observa-se que a efetivação do Pacto pela saúde, nos remete as diretrizes da Sustentabilidade Socioambiental proposta por Sachs (1993), sobretudo, a dimensão social, econômica, territorial, ambiental e política. Pois o estabelecimento desse arranjo institucional deve agregar a complexidade que envolve a rede de atenção à saúde. Nesse sentido, a valorização da dimensão social implica no entendimento que o ambiente onde se desenvolve a rede de serviços de saúde constitui-se em um espaço socialmente constituído, e que as diversas formas de exploração e de dominação do capital econômico impactam diretamente na saúde e no ambiente.

Assim, o *Pacto pela Saúde* ratifica o compromisso do SUS com a Política de Promoção da Saúde como estratégia de enfrentamento as iniquidades sociais e a busca da qualidade de vida da população. Por isso, considera-se que os meios que subsidiarão esta iniciativa são as diretrizes da sustentabilidade socioambiental da gestão social em rede.

1.3 O pacto pela saúde no Brasil: da promoção à saúde à lógica da sustentabilidade socioambiental da gestão em rede.

A partir da abordagem anterior, em que foi discutida a configuração da política de Promoção da Saúde brasileira, verificou-se que o *Pacto pela Saúde* é composto por três

compromissos interligados, a saber: *Pacto pela vida*, *Pacto em defesa do SUS* e *Pacto de gestão*.

O *pacto pela vida* é composto por um conjunto de compromissos sanitário assumido pelos gestores do SUS em torno de prioridades que afetam diretamente a situação de saúde da população brasileira. Fica estabelecido que essas prioridades devem ser situadas com base nas metas nacional, estadual, regional ou municipal. Para tanto, os entes devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e objetivos propostos. Nessa pactuação seis prioridades foram definidas: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; e fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2007/MS - CONASS).

O *pacto em defesa do SUS* pretende expressar os compromissos firmados entre os gestores das três esferas de governo com o *Projeto da Reforma Sanitária* brasileira, visando à qualificação e a garantia do Sistema Único de Saúde como política pública de Estado. Esse pacto é um movimento que objetiva a repolitização da saúde, a promoção da cidadania e a garantia do financiamento desse sistema. Propõe ainda que as ações do pacto em defesa do SUS devem ser constituídas a partir de relações dialógicas entre Estado e Sociedade, ultrapassando os limites setoriais (BRASIL/MS - CONASS, 2007).

O *pacto pela gestão* estabelece diretrizes para gestão do sistema, tais como a descentralização; regionalização; financiamento; planejamento; programação pactuada e integrada; regulação; participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde (BRASIL/MS - CONASS, 2007).

Nesse sentido, pode-se observar que o *Pacto pela Saúde* recomenda a qualificação da gestão do SUS nas três esferas de governo. Suas diretrizes apontam para a construção de *redes de atenção à saúde*, as quais segundo Silva *et al* (2008) devem respeitar a:

- 1) regionalização e gestão compartilhada, por meio de mecanismos colegiados;
- 2) atendimento a prioridades no rol das necessidades assistenciais;
- 3) modelo de atenção com ênfase na qualificação da atenção básica, integralidade e construção de redes;
- 4) financiamento, compromissos e responsabilidades compartilhados entre as esferas de governo (SILVA *et al*, 2008, p. 108)

Diante desses aspectos, pode-se considerar que o *Pacto pela Saúde*, propiciou um cenário favorável para o *avanço e consolidação das redes de atenção à saúde no país*, as quais devem levar em consideração aos aspectos socioambientais de cada região onde se gesta a rede.

Nessa direção, a Política Nacional de Promoção da Saúde estreita sua relação com a Política Nacional de Humanização⁹, sendo a Humanização o eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS, configurando-se como uma política transversal, integrada e intersetorial, sendo entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando-se, portanto, numa construção coletiva que implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho.

Campos (2007) ao estudar a questão da sustentabilidade do SUS, reforça que o avanço e consolidação do Sistema Único de Saúde brasileiro dependem da superação de obstáculos no âmbito político, no modelo de gestão e na reorganização do modelo de atenção que seja viável para atender o princípio da universalidade e integralidade da atenção à saúde.

O autor em questão lista algumas alternativas que são capazes de garantir esse movimento de mudança, dentre estas se destaca a necessidade de articulação do movimento em “defesa do SUS às reformas de ordem social e política brasileira” para enfrentar os entraves do financiamento e de gestão dos recursos. O autor apresenta como alternativa uma pactuação interinstitucional entre os entes federados, especificando as metas e compromissos de cada gestor. Aponta a necessidade de alcançar a sustentabilidade política e econômica e a legitimidade sanitária do SUS (CAMPOS, 2007).

No contexto em que se busca a *sustentabilidade socioambiental das ações da gestão do SUS*, é preciso além das alternativas apontadas por Campos (2007) estabelecer estratégias que extrapolem o modelo biomédico-tradicional pautado na assistência médico-curativa, e *conceber a saúde como produção social* estabelecendo práticas com vistas à Promoção da Saúde.

A adoção de práticas de Promoção da Saúde requer o estabelecimento de atividades planejadas e executadas de acordo com os seguintes princípios propostos pela OMS: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações

⁹A Política Nacional de Humanização foi instituída pelo Ministério da Saúde e publicada em novembro de 2003 tendo como princípio a indissociabilidade entre a atenção e a gestão.

multi-estratégicas e sustentabilidade (SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

A concepção holística pressupõe a concepção ampliada de saúde. Nesse sentido, Leff (2001) aponta que as mudanças ambientais globais revolucionaram nos últimos anos a forma fragmentada de conceber a ciência. Para ele, a problemática ambiental, exige uma epistemologia interdisciplinar “capaz de fundamentar as transformações do conhecimento induzida pela questão ambiental” (IDEM, p. 110).

Entretanto, as ciências se deparam com o obstáculo da departamentalização dos saberes, onde o médico enfatiza o fator patológico; o sociólogo, as relações sociais; o assistente social, as expressões da questão social; o psicólogo enfatiza a interação simbólica do ser humano com o ambiente, dentre outros.

Embora cada saber tenha sua metodologia própria, o olhar diferente com que cada disciplina vê o objeto é necessário para compreender a complexidade dessa temática. Não se trata, pois:

[...] de uma somatória de conhecimentos fracionados. A problemática ambiental nos traz com muita força a necessidade de uma visão integrada da realidade, sacrificada em nome dos progressos científicos obtidos através da pulverização do conhecimento. Há uma tensão latente, às vezes expressa, entre o holismo e a especialização (LEONARDI, 1997, p. 401).

Santos (2006) salienta que apesar dos saberes ao longo dos séculos terem sido desenvolvidos de forma fragmentada e departamentalizada, reitera a necessidade de se construir um diálogo efetivo e permanente entre os saberes. Daí decorre a necessidade de ultrapassar o modo de conceber a saúde a partir de um modelo biomédico tradicional para um olhar globalizado, à medida que a adoção de uma epistemologia especializada e fragmentada não tem a capacidade de explicar os problemas e nem a ação setorial a capacidade de resolvê-los.

Nesse sentido, Leonardi (1997) ressalta que todos os saberes são necessários para compreender a complexidade da problemática ambiental. No caso da saúde pública, diferentes profissionais devem aprender a trabalhar em equipe interdisciplinar. Estudiosos das áreas biológicas precisam aprender a trabalhar com aqueles das áreas humanas e sociais, e vice-versa, respeitando as diferenças de cada área do conhecimento, com vista a atingir equilíbrio ecológico e manutenção da qualidade de vida.

Leff (2009) indica a necessidade da formação de uma consciência ecológica ou ambiental na comunidade científica e da sociedade em geral. Entretanto, adverte que o saber ambiental não é um conhecimento exclusivo da biologia e da ecologia, mas um saber que faz parte do ser, na articulação do pensamento complexo, e que atravessa os saberes.

Nesta perspectiva, a busca por uma epistemologia ambiental requer não apenas a adoção de uma visão holística da realidade na produção do conhecimento, mas é preciso que haja também uma:

[...] transformação democrática do Estado que permita e apoie a participação direta da sociedade e das comunidades na auto-gestão e co-gestão de seu patrimônio de recursos, a organização transetorial da administração pública e a reelaboração interdisciplinar do saber (LEFF, 2001. p. 126).

Assim, o desafio que este autor propõe ao setor saúde e a sociedade em geral é a implementação de uma *cultura ecológica no campo dos saberes*, ou seja, uma ecologização das disciplinas. Para tanto, é preciso adotar novos valores éticos para uma democracia ambiental que prime pelo equilíbrio ecológico e pela qualidade de vida, bem como uma prática dialógica entre os saberes, respeitando as diferenças e a interdisciplinaridade, dado que todos os saberes são necessários para estudar saúde e ambiente.

Nessa perspectiva é imprescindível reconhecer que a *produção da saúde* não é de responsabilidade exclusiva do setor saúde, uma vez que esta perpassa por instâncias intersetoriais, como educação, habitação, meio ambiente, trabalho, lazer dentre outros setores. Da mesma forma, a ação interventiva profissional não pode se dá de forma isolada, mas de forma interdisciplinar e transetorial.

A *intersetorialidade na Promoção da Saúde* é compreendida como uma articulação dos diferentes setores com o objetivo de pensar a questão complexa da saúde, e de “corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem” (BRASIL/MS-POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2010, p. 13).

O *empoderamento* e a *participação social*, por sua vez, são princípios chaves da Promoção da Saúde, uma vez que a regionalização do SUS se vincula a processos sociais e culturais, que requer uma gestão participativa no planejamento e no controle social. Sendo assim, a participação social deve ser entendida como:

[...] o envolvimento dos atores diretamente interessados – membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas, profissionais da saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais – no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação das iniciativas (WHO *apud* SICOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 108).

Para alcançar o envolvimento efetivo dos atores sociais no processo de participação social, cabe à Promoção da Saúde fomentar iniciativas de formação do cidadão, por meio de ações informativas e educativas com o objetivo de instituir “espaços verdadeiramente democráticos, especialmente em nível local, de modo a desenvolver políticas que partam dos problemas e necessidades de saúde identificadas” (SICOLI; NASCIMENTO 2003, p. 108), as quais possam ser avaliadas e revisadas a partir dessas demandas suscitadas em nível local.

Essa preocupação, segundo Sicoli e Nascimento (2003), articula-se ao princípio do empoderamento, “[...] entendido como processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a saúde” (WHO *apud* SICOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 108).

Tendo como referência a OMS, Sicoli e Nascimento (2003) asseveram que a *Promoção da Saúde* tem como finalidade garantir o acesso universal à saúde de forma equitativa. Para alcançar a equidade é preciso “reorientar os serviços sanitários, visando ampliar o acesso, e criar ambientes de suporte, com políticas que viabilizem condições de vida favoráveis à saúde” (WHO *apud* SICOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 108).

No caso brasileiro, o direito a participação social no processo de gestão da política de saúde é resultado de uma intensa mobilização social e está assegurado no Art.198 da Constituição Federal de 1988, e regulamentada pela Lei nº 8.142/90, que estabelece a criação de Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde como instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo, de caráter permanente e deliberativo, cuja função é formular e controlar a execução da política de saúde.

Ressalta-se que os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde não são as únicas formas de garantir a participação da comunidade no exercício do controle social. Assim, a gestão é desafiada em ultrapassar a democracia representativa e *criar novos espaços de participação* para fortalecer a democracia participativa, a exemplo desses novos mecanismos pode-se citar os Fóruns de Saúde (estaduais, regionais e municipais) e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, que congrega além dos fóruns, movimentos sociais, sindicatos e partidos políticos. Desse modo, a participação social deve ser assumida pelo

poder público como um importante instrumento, através do qual, os indivíduos manifestam-se enquanto sujeitos do espaço em que vivem, planejando, discutindo e modificando.

Nessa linha de argumentação, Nogueira, M.A. (2011) ressalta que a participação não somente tem um valor em si, como também é um recurso estratégico para o fortalecimento da sustentabilidade das políticas públicas, particularmente na área da saúde.

E por fim, entende-se que a *sustentabilidade* nos remete um duplo significado: de um lado a adoção de estratégias que estejam de acordo com o um verdadeiro “desenvolvimento sustentável”, por outro, garantir uma política pública de saúde comprometida com as gerações presentes e futuras. A ideia de sustentabilidade das ações da gestão em rede do SUS e da Promoção da Saúde implica no estabelecimento de uma corresponsabilização pautada em princípios éticos. Isso implica que devem ser consideradas as dimensões culturais, as relações de poder existentes e as limitações dos recursos naturais.

O caminho a ser desenhado para que ocorra a sustentabilidade socioambiental como novo critério básico e integrador na gestão do SUS, implica conforme Jacobi (1999, p.43-44) “na interpelação entre justiça social, qualidade de vida, equilíbrio ambiental e a necessidade de desenvolvimento com capacidade de suporte”. É recomendável que seja dado ênfase na direção das políticas sociais, e que estas estejam articuladas com a necessidade de recuperação, conservação, melhoria do meio ambiente e da qualidade de vida.

Visto por esse ângulo, nesse estudo adotam-se os argumentos de Jacobi (1999) como caminho para a sustentabilidade socioambiental da gestão do SUS. Isto é, o poder local deve fomentar políticas que “[...] estimulem a participação dos indivíduos dentro de uma perspectiva intersetorial reforçando diálogos que estimulem uma compreensão dos processos a partir dos seus componentes, sociais, econômicos, ecológicos, espaciais e culturais” (p. 44).

Nestes termos, admite-se na gestão do SUS a necessidade de levar em consideração as dimensões da sustentabilidade proposta por Sachs (1993) durante a tomada de decisões. Essas dimensões são ferramentas indispensáveis para gerir os aspectos econômico, social, territorial, cultural e ambiental onde a rede de serviços será formada. Entende-se que decidir pelos indicadores da sustentabilidade exige planejamento, desenvolvimento, e avaliação dos resultados e legitimação dos municípios que compõem a rede de gestão. Uma vez que a busca de sustentabilidade nas ações da gestão em rede do SUS requer:

- Um sistema político que assegure a efetiva participação dos cidadãos no processo decisório;
- Um sistema econômico capaz de gerar excedentes e know-how técnico em bases confiáveis e constantes;
- Um sistema social que possa resolver as tensões causadas por um desenvolvimento não equilibrado;
- Um sistema de produção que respeite a obrigação de preservar a base ecológica do desenvolvimento;
- Um sistema tecnológico, que busque constantemente novas soluções;
- Um sistema internacional que estimule padrões sustentáveis de comércio e financiamento;
- Um sistema administrativo flexível e capaz de autocorrigir-se. (BRUNDTLAND, 1991, p. 70)

A organização da gestão em rede e a participação social requer que o planejamento das ações em saúde esteja articulado às necessidades percebidas e vivenciadas pelos diversos sujeitos sociais em sua realidade local e, paralelamente, essas ações precisam garantir “[...] a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde” (BRASIL/MS-POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2010, p.11)

A sustentabilidade nos processos de intervenção voltada para a Promoção da Saúde depende de uma lógica de gestão de política pública que imprimam o sentido da *sustentabilidade socioambiental*. Visando explicitar essa lógica foi elaborada a figura 1:

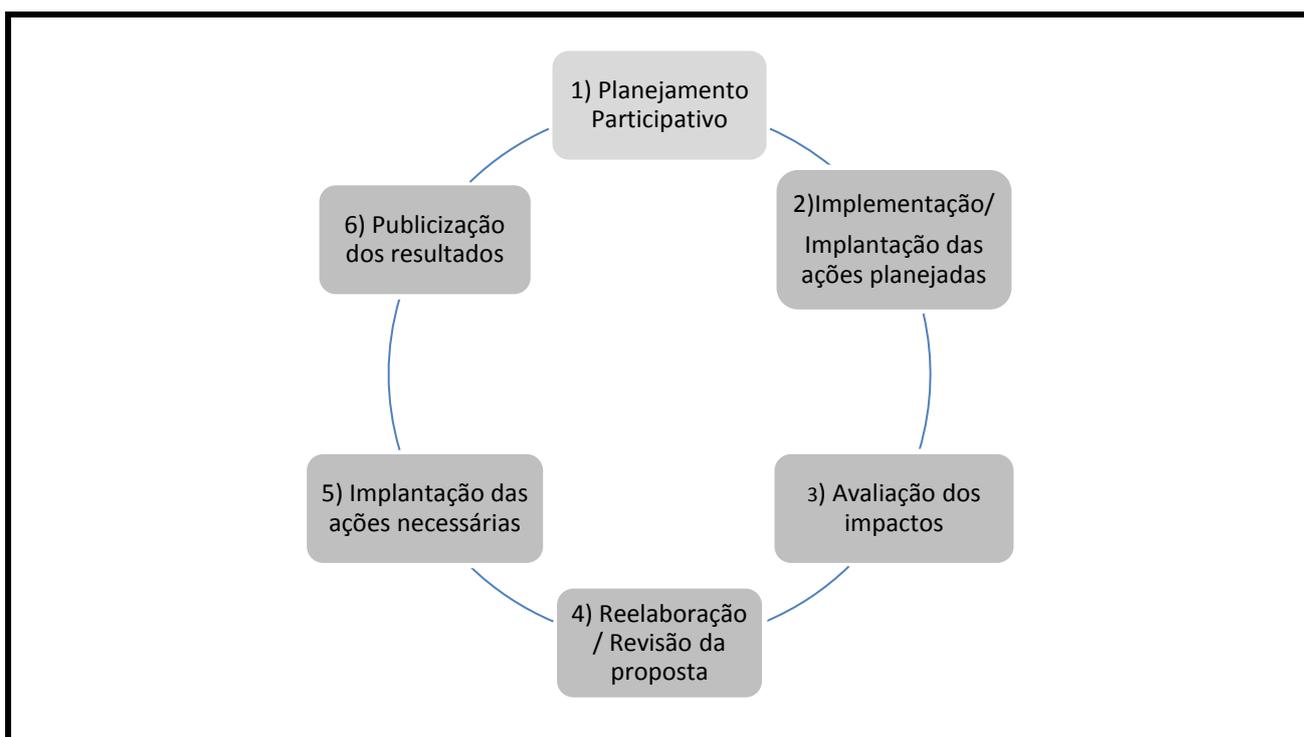


Figura 1 – Ciclo da sustentabilidade das ações de Promoção da Saúde

FONTE: Elaboração própria a partir das leituras para construção desse referencial

Assim, para que se alcance a sustentabilidade socioambiental das ações de Promoção da Saúde é preciso à adoção de um ciclo que denomino de ciclo da sustentabilidade: primeiro o planejamento das ações deve ser participativo, de modo que os sujeitos sociais apresentem suas necessidades sentidas de acordo com sua realidade local, levando em consideração os aspectos: social, cultural, econômico, político e ambiental. Após a fase de implementação e implantação das ações, deve-se avaliar os impactos gerados pelas mesmas, cruzando os resultados alcançados com os que foram traçados no planejamento participativo; com base no cruzamento dos dados, reelaborar ou revisar a proposta com o envolvimento de diferentes atores sociais; implantar as ações necessárias; e deve-se ainda publicizar os resultados, de modo que os usuários do serviço tenham acesso democrático às informações e, por fim, reiniciar e manter o ciclo. Dessa forma as redes de atenção à saúde devem ser estabelecidas conforme a realidade local e regional, a fim de manter os princípios da eficiência, da eficácia e da efetividade.

Portanto, os serviços sociais públicos, dentre estes os serviços do SUS, necessitam estar articulados em rede para responder aos desafios que são impostos à ação do Estado. A não efetivação dessas ações implicam na não efetivação do acesso dos cidadãos aos direitos sociais, na falta de eficiência e eficácia na prestação desses serviços, uma vez que a não efetivação desse modelo descentralizado e regionalizado e hierarquizado compromete a sustentabilidade socioambiental da gestão do SUS.

CAPÍTULO II

GESTÃO SOCIAL: FUNDAMENTOS E ESTRATÉGIA DE GESTÃO EM REDE SOB A ÓTICA DA SUSTENTABILIDADE SOCIOAMBIENTAL

*Mas é preciso ter força, é preciso ter raça,
quem tem no corpo esta marca
tem a estranha mania de ter fé na vida.*

MILTON NASCIMENTO “Maria, Maria”

Neste capítulo foi abordada a *gestão em rede* da política pública de Saúde implementada no município de Boa Vista, capital de Roraima, por meio da Secretaria Municipal de Saúde - SMSA. Cabe ressaltar, que o foco de estudo foi a política nacional de *Promoção da Saúde* desenvolvida pela *Estratégia em Saúde da Família*. O estudo centrou-se na análise dos relatos dos atores sociais envolvidos na gestão e na operacionalização da política, de modo a desvelar a configuração da racionalidade política do planejamento em âmbito local da política nacional, enfocando as potencialidades, fragilidades e contradições que permeiam a gestão social em rede, com base na ótica da sustentabilidade socioambiental.

A discussão teórica sobre a categoria Gestão Social foi realizada de modo mais aprofundado focando a *gestão em rede* como um redimensionamento da Gestão Social na cena contemporânea. Assim, o capítulo está organizado em duas seções, na primeira são abordados os aspectos teóricos que fundamentam este conceito, segundo as novas configurações que assume Estado e Sociedade Civil no trato das políticas públicas. Na segunda, é abordada a gestão em rede, a partir de dados empíricos da pesquisa, como uma nova configuração do processo de operacionalização da política de Promoção da Saúde na capital roraimense, em que se identificam as principais características dessa política, suas estratégias e formas de atuação neste formato de gestão em rede.

2.1 Gestão em rede: a reconfiguração da gestão social na atualidade.

A gestão social é um tema complexo e muito discutido no âmbito das ciências sociais, entretanto, pouco relacionado com as dimensões da sustentabilidade. Também o Serviço Social brasileiro tem testemunhado recentemente um protagonismo político e profissional em

torno dessa temática. Tal fato se deve, conforme Ademir Silva (2010) à maturidade do serviço social no cenário nacional e de sua direção social vinculada à teoria social crítica, a qual tem possibilitado um “[...] avanço na compreensão do Estado capitalista e de suas lógicas contemporâneas” (IDEM, p.19).

Diante desse quadro contextual introdutório, para discorrer sobre a categoria *gestão em rede como uma nova configuração da gestão social* na cena contemporânea faz-se necessário fazer algumas referências, ainda que sumárias, aos principais elementos que fundamentam este conceito, isto é, o novo formato de relacionamento entre o *Estado e a sociedade civil* na operacionalização das *políticas públicas* frente ao cenário da crise do capital¹⁰.

Conforme Behring (2009), o Estado vincula-se a processos históricos, passando por constante mutação ao longo do processo de desenvolvimento econômico (seja no socialismo, autoritarismo, neoliberalismo ou socialdemocracia). No curso dessa marcha, o Estado assume o papel de controle na reprodução social do trabalho e do capital e revela uma direção política, exprimindo a hegemonia burguesa na correlação de forças com a sociedade civil.

Nesse processo, a sociedade civil se personifica como *locus* das “[...] relações econômicas e sociais privadas, da luta de classes, da disputa de hegemonia, e da contradição” (BEHRING, 2009, p. 71), cujos reflexos são sentidos e mediados pelo Estado. Nessa abordagem, ressalta a autora que o Estado e a Sociedade civil não podem ser vistos de forma isolada e fragmentada, uma vez que estes elementos dialeticamente compõem uma totalidade *sine qua non*, ou seja, “[...] não se pode pensar o Estado sem sociedade civil e vice-versa” (IDEM, p. 71).

Nestes termos, Behring (2009) com base no pensamento gramsciano, ressalta o conceito de Estado ampliado no qual se inclui também a sociedade civil. A autora pontua que

¹⁰Vale ressaltar que o capitalismo ao longo da sua história tem vivenciado ciclos de expansão e estagnação. É a sua flexibilidade e a maneira de se refazer que o torna hegemônico no processo de desenvolvimento. No plano internacional destaca-se a crise de 1929/1930 com a quebra da bolsa de Nova Iorque, em que a elite político-econômica começa a reconhecer os limites do mercado. Uma outra crise de grande repercussão internacional foi a vivenciada nos anos de 1970 (de crise do petróleo), a qual abalou o sistema de proteção social (Welfare State) no capitalismo central, comprometendo o da periferia do capital, onde não se realizou efetivamente. Segundo Harvey (2012) um dos principais obstáculos para o contínuo acúmulo de capital e consolidação do poder de classe nesse período foi o trabalho. “O capital precisava de acesso a fontes de trabalho mais baratas e mais dóceis” (p.39). A estratégia adotada pelo capitalismo, para reestruturar-se e reafirmar-se hegemonicamente como ideologia e modo de produzir, foi a busca por novas tecnologias que economizassem trabalho, como a robotização na indústria automobilística, o que criou um desemprego estrutural. No plano nacional vivencia-se, segundo Behring (2009) a crise da dívida externa nos anos de 1980, com intensificado ajuste neoliberal nos anos de 1990 e explícita privatização, focalização, seletividade e descentralização dos serviços públicos, cujos efeitos são sentidos, sobretudo, na saúde, educação e previdência.

nessa relação dialética, o Estado constitui-se como uma instituição que atende interesses contraditórios, ora atendendo os interesses do capital, ora atendendo as demandas e necessidades das classes subalternas, imprimindo um caráter peculiar à relação entre o Estado e a Sociedade. Para tanto, utiliza-se das políticas sociais no conjunto das políticas públicas como mecanismos de consenso, que expressam tensas relações entre Estado e Sociedade civil.

Quanto ao significado de política pública, Pereira (2009, p. 96) caracteriza como “[...] uma estratégia de ação pensada, planejada e avaliada, guiada por uma racionalidade coletiva, na qual tanto o Estado como a sociedade desempenham papéis ativos”, em uma relação antagônica e conflituosa permeada por um jogo de interesses no processo de tomada de decisão. Essa autora sustenta que a política pública, assim pensada, assume duas funções centrais nessa relação dialética de reciprocidade e antagonismo entre Estado e Sociedade civil. A primeira delas é que a política pública tem por finalidade a concretização de direitos conquistados pela sociedade e legitimada pelas legislações infraconstitucionais. A segunda função refere-se em destinar e distribuir bens públicos para atender as demandas e necessidades sociais.

Nesse sentido, a política pública tem por finalidade a concretização de direitos de cidadania conquistados pela sociedade e reconhecidos em lei, identificando-se, portanto, com os direitos sociais.

Como observa Pereira (2009), evidenciam-se nos últimos anos, como secura das mudanças societárias em decorrência da mundialização do capital e do avanço tecnológico, uma nova geração de direitos. Além dos direitos civis e políticos, emergem como extensão dos direitos sociais, os chamados *direitos difusos*. Esses direitos “[...] refletem a nova realidade que afeta o planeta e as transformações globais, requerendo solidariedade e fraternidade entre os povos como princípio básico” (IDEM, p. 105-106). Desse modo, pode-se destacar no campo dos direitos difusos o *direito a um ambiente saudável* como meio para Promoção da Saúde e da qualidade de vida.

No que se refere às estratégias político-institucionais para responder às demandas sociais impostas pela questão socioambiental, Iamamoto (2010, p. 195) aponta “[...] a estruturação legal e a implementação de políticas sociais públicas desde o final dos anos 80” do século XX no cenário nacional. Esse processo tem como pano de fundo a tensão entre a defesa dos direitos sociais, a mercantilização e a refilantropização do atendimento dessas demandas sociais sob a influência do projeto neoliberal.

Diante desses pressupostos, o debate em torno da questão socioambiental desafia o Estado e sociedade em geral para construção de uma nova agenda política, ancorada em *uma gestão social em rede*, a qual deve ser motivada pelas demandas e necessidades dos cidadãos nos diferentes territórios. Nesse processo, o Estado é convidado a construir ações de *Promoção da Saúde*, em especial no que se refere ao movimento por ambientes saudáveis, para implementar o chamado *Desenvolvimento Sustentável*¹¹.

Como já foi discutido no capítulo I, o debate em torno da questão ambiental ganha relevância na agenda mundial no último quadrante do século XX, período marcado pela crise de reprodução do capital que causou impactos sociais, econômicos, ambiental e político na vida do cidadão. A predominância desses impactos em nível global tem impulsionado os gestores públicos a repensarem suas ações e voltarem sua atenção para novas alternativas de gestão, a qual deve ser fundamentada na perspectiva da *gestão social em rede*.

A expressão *gestão social* ganha relevância num período marcado pela reforma do Estado promovida pelo pensamento neoliberal, em que a gestão passa a ser compartilhada por meio de parcerias entre a esfera público-estatal, esfera privada e sociedade civil, modificando assim, os antigos modelos de relação entre estado e sociedade adotado no paradigma do Estado de Bem Estar.

Visto por este prisma, a proposta da gestão social sob a égide do pensamento neoliberal, difere-se daquela adotada no keynesianismo, isto significa que, ao contrário do que aconteceu no paradigma do *Welfare State*, o Estado diminui suas funções e, sob a hegemonia do capital, transfere suas responsabilidades à iniciativa privada e a sociedade civil. Segundo Ademir Silva (2010, p. 140), sob o ideário neoliberal, assiste-se novamente “os embates em torno da fórmula *mais mercado e menos Estado*, em favor, mais uma vez do capital, agora sob a hegemonia de sua fração financeira especulativa”. Esse deslocamento do Estado para a iniciativa privada e sociedade civil, possibilitou a base para o florescimento de novas alternativas de gestão social.

De modo geral, há o reconhecimento de que somente no pós-Segunda Guerra mundial, com a “[...] consolidação dos Estados-nação, dos direitos sociais e de projetos universalistas de atenção às necessidades básicas dos cidadãos” (CARVALHO, 1999, p. 20) que se assiste nos países de capitalismo avançado medidas embrionárias de gestão social centralizada no

¹¹Vale ressaltar que desenvolvimento sustentável refere-se a um modo de fazer, já o termo sustentabilidade, refere-se a maneira de ser, está relacionada a ontologia do ser social.

Estado-Nação para subsidiar a gestão da coisa pública.

Esse modelo de gestão, num primeiro momento, engendrou conforme Carvalho (1999) a primazia do Estado regulador, caracterizado pelo chamado Estado de Bem Estar Social, cujas políticas sociais buscavam ser universalistas no acesso a bens e serviços, por meio de formulações de políticas hierarquizadas, setorializadas e centrada no Estado, conciliando a sociedade salarial, o capitalismo e a democracia. Posteriormente, o modelo de gestão social pautou-se nos ideais neoliberais, sobretudo nas décadas de 80 e 90 do século XX, contrapondo-se ao Estado de direito. Esse contexto é marcado por medidas de privatização das ações desenvolvidas pelo Estado, consolidando o que Carvalho (1999, p. 22) chama de *Welfare* dualizado, ou seja, “[...] de um lado um sistema de bem estar social no qual o mercado cuida daqueles com poder de compra” de outro, um sistema que “[...] deixa os grupos mais vulneráveis sob a responsabilidade das instituições locais [...] predominantemente público, voltado para atender precariamente os marginalizados”.

Entretanto, Ademir Silva (2010) postula que esse modelo orientado pelo ideário neoliberal precedeu a busca pela chamada *terceira via* de gestão. Essa expressão formulada pelo sociólogo Giddens (2001) tem por objetivo “ajudar os cidadãos a abrir seu caminho através das mais importantes revoluções de nosso tempo: globalização, transformações na vida pessoal e nosso relacionamento com a natureza” (*apud* SILVA, A. 2010, p. 84). Dessa forma, a *terceira via* de gestão, acrescenta Giddens (2001), “[...] representa uma alternativa entre o programa da *social-democracia* (sic) *clássica* [...] e o *neoliberalismo*” (*apud* SILVA, A. 2010, p. 84), isto é, uma alternativa à ditadura do mercado (neoliberalismo) e à máxima do Estado como único provedor/tutela (*socialdemocracia clássica*). Entretanto, a chamada *terceira via* defende que o Estado não deve perder sua centralidade na gestão dos serviços sociais, sobretudo no que se refere à Promoção da Saúde, uma vez que a prevenção e controle de doenças relacionadas ao meio ambiente favorecem um desenvolvimento local e sustentável.

No contexto de favorecimento do mercado e da flexibilização da administração pública se revela, conforme Ademir Silva (2010), um hibridismo nas relações entre público e privado. Carvalho (1999), por sua vez, aponta como consequência da mundialização da economia, a existência de duas tensões que formatam na contemporaneidade a gestão da política social. De um lado a tensão entre a eficiência e a equidade, de outro a tensão entre a lógica da tutela e a lógica dos direitos. Como produto destas tensões surge novas tendências de gestão da política social, onde se reordena as relações entre Estado, sociedade e mercado,

com uma forte tendência para o *Welfare Mix*, dado que os atores sociais “[...] presentes na arena política são corresponsáveis na implementação de decisões e respostas às necessidades sociais” (CARVALHO, 1999, p. 25).

Dentro dessa lógica do *Welfare Mix* e/ou da chamada *terceira via*, as relações entre Estado, sociedade e mercado se configuram em novos arranjos de gestão, os quais devem ser partilhados e articulados por meio de estruturas descentralizadas e novas modalidades de gestão. Teixeira e Ouverney (2007, p. 11) identificam que no caso da América Latina, “os processos simultâneos de democratização e crise fiscal conduziram às reformas políticas e administrativas do Estado”, implicando em novas formas de relação entre Estado e sociedade, colocando em pauta as discussões em torno da *organização e gestão dos serviços sociais* vigentes.

Visto por esse ângulo, o processo de modernização no tecido social exige que o Estado adote *modelos flexíveis de gestão*, onde a descentralização e a participação dos cidadãos nos processos de gestão sejam efetivados de modo a favorecer a “interação de agentes públicos e privados, centrais e locais” (TEIXEIRA; OUVERNEY, 2007, p. 10), em que o processo de decisão, planejamento e avaliação seja demandado pelas necessidades sociais do cidadão. Mediante essas assertivas, a adoção de *redes de gestão* no campo das políticas sociais implica na horizontalização e interdependência de diferentes atores em prol de um interesse comum no processo de formulação ou implementação de bens ou serviços sociais.

Quando se fala em *rede de gestão*, muitas vezes se enfatiza as finalidades que deveria cumprir, ou seja, uma “[...] interdependência de serviços para garantir a integralidade da atenção aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco social e pessoal” (BOURGUIGNON, 2001, p. 04), desconhecendo que as políticas sociais existentes muitas vezes não cumprem essa finalidade, pois a cultura que se tem adotado é a identificação por separação de setores, como saúde, ambiente e educação por exemplo. Fleury (2003, p. 92) enfatiza que estas separações são meramente “administrativas e não correspondem à realidade social que é interdependente”. Ou ainda, quando se refere às funções desse modelo de gestão a serem cumpridas, como flexibilização da gestão, descentralização e participação social, evidencia que não há um reconhecimento da complexidade que envolve essa estrutura e da necessidade de se organizar *redes de gestão intersetorial*.

Pensar nesta perspectiva de gestão das políticas públicas requer da administração pública a adoção de “um novo paradigma de gestão fundamentado na concepção de redes como resposta aos processos de transformação do Estado e de suas relações com a sociedade

civil” (TEIXEIRA; OUVENEY, 2007, p.40-41). Diante disso, Bourguignon (2001) sinaliza que este tipo de rede deve adotar a ideia de *articulação e complementaridade* entre as organizações governamentais, não governamentais e sociedade civil, bem como a articulação entre as redes setoriais, “[...] priorizando o atendimento integral às necessidades e demandas dos segmentos vulnerabilizados socialmente” (GUARÁ *apud* BOURGUIGNON, 2001, p. 06). Isto significa a necessidade de se avançar no fomento de *redes intersetoriais* para otimizar as ações públicas de Promoção da Saúde no enfrentamento da questão socioambiental.

No caso da seguridade social, Yamamoto (2010) sinaliza que o projeto que norteia seus princípios na Constituição Federal de 1988,

[...] aposta no avanço da democracia, fundada na participação e no controle popular; na universalização dos direitos e, em consequência, da cobertura e do atendimento das políticas sociais; na garantia da gratuidade no acesso aos serviços; na integralidade das ações voltadas à defesa da cidadania de todos na perspectiva da igualdade (IAMAMOTO, 2010, p. 196).

Nestes termos, compreende-se que a Carta Constitucional de 1988 redimensiona as modalidades de gestão e de organização das políticas sociais, combinando instrumentos de democracia representativa e democracia direta em que os diversos interesses coletivos devem ser reconhecidos e negociados. Nessa concepção, a *gestão social das políticas públicas* ganha centralidade no redimensionamento das ações públicas, no sentido de subsidiar a sustentabilidade do desenvolvimento de uma dada sociedade.

Mediante a intensificação dos efeitos da globalização na virada do século XX, surge a necessidade de reformar a ação do Estado no âmbito das políticas sociais, dentre estas a saúde. Esta reforma, sob a égide do pensamento neoliberal, pode ser entendida “[...] como as sucessivas tentativas de desregulamentação dos direitos sociais inscritos na Constituição Federal de 1988 [...], sob justificava da irreversível crise fiscal do Estado” (BIDARRA, 2009, p. 487).

Nesse contexto, o Estado é pressionado a adotar novas formas de gerir as ações públicas, incorporando assim, novas relações entre *Estado, sociedade civil e mercado*, em que a *cidadania deliberativa* é categoria intermediária dessa relação. Assim, a gestão social ganha relevância no contexto da reforma do estado, contrapondo-se aos modelos burocráticos, que

sempre estiveram hierarquizados, setorializados e centralizados predominante no Estado de Bem Estar Social.

Nessa busca por inovação, a expressão *gestão social em rede* progressivamente se constitui em um campo interdisciplinar e intersetorial e coloca-se como alternativa prática nos processos de transformação social do Estado. Constituindo-se em um importante instrumento nos processos decisórios e estratégicos de implementação de políticas públicas elaboradas pelo Estado e destinadas à realização do bem estar social, fortalecendo assim, as relações entre Estado e Sociedade no enfrentamento da questão socioambiental.

Para Castells (2010) tais transformações impactaram a estrutura da economia em nível mundial e impulsionou um novo modo de pensar a administração da produtividade e da competitividade dos serviços. Essa nova forma de conceber a economia, como uma unidade em tempo real, o autor denominou de *economia em rede*. Assinala ainda que esse novo modelo de gestão também foi incorporado pelo Estado-nação com o objetivo de superar a incapacidade de lidar com os problemas globais e as demandas locais. Para isso surge a necessidade de superação das organizações tradicionais para um *sistema de redes horizontais*.

Na administração pública, a lógica de organização da gestão das ações em rede não é o lucro, mas sim a efetividade da garantia dos direitos sociais. Ao integrar os serviços em rede, se tem a possibilidade de melhorar a qualidade, a eficiência e diminuir os custos. Esse novo modelo de gestão possibilita ainda a ampliação do acesso aos serviços e tende a ultrapassar as barreiras setoriais, interligando as políticas sociais intersetorialmente.

Nessa perspectiva, a *gestão social tem se firmado privilegiando espaços coletivos, dialógicos e participativos*, onde a ação gerencial busca responder às demandas e necessidades dos cidadãos por meio da implementação de políticas sociais, programas sociais e projetos sociais, cuja ênfase é dada à ação local. Nessa direção, a política tende a assumir uma articulação e complementaridade entre as três esferas de governo: união, estados e municípios, demandando, assim uma *gestão intergovernamental*, ou seja, uma *gestão em rede*.

A gestão em rede “ocorre no entrelaçamento de redes alimentadas por fluxos contínuos de informação e interação” (CARVALHO, 1999, p. 26). É uma gestão que exige vínculos horizontais, portanto, intersetorial ou transetorial, o que exige a conjugação, convergência e integração das políticas e programas setoriais. Desse modo, a gestão em rede

assumiu um compromisso com os cidadãos de assegurar por meio das políticas públicas o acesso efetivo aos bens e serviços.

O termo *rede* tem sido adotado em diversas áreas do conhecimento como a antropologia, sociologia, psicologia social, ciências políticas, etc. Contudo, Teixeira e Ouverney (2007) destacam que não existe um consenso entre os estudiosos em relação à abordagem teórica do conceito desse termo. Para alguns a rede é vista:

[...] como uma metáfora para demonstrar que as políticas públicas envolvem multiplicidade de atores diversos, já outros o aceitam como uma ferramenta analítica valiosa para o estudo das relações entre atores e poder público, enquanto um outro grupo de autores entende as redes de políticas como um método de análise da estrutura social (TEIXEIRA; OUVERNEY, 2007, p. 78).

Quando se fala em *rede*, Bourguignon (2001) assinala que se deve enfatizar a *ideia de articulação, complementaridade, horizontalização das relações entre parceiros, interdependência de serviços* para garantir a integralidade da atenção aos usuários dos serviços públicos disponíveis na rede de atendimento local e regional.

Conforme Castells (2010) a rede é uma estrutura aberta e ilimitada que integra o local e o global. Para esse autor, uma estrutura social fundamentada em redes, é um sistema aberto a inovações sem riscos ou ameaças a sua base de sustentação. Seguindo essa lógica, Santos e Andrade (2008) pontuam que:

Na organização de uma rede, todos devem reconhecer suas dependências e interdependências, não havendo espaço para poderes centralizados, imposições, desníveis de mando [...]. Isso requer a definição explícita das regras que darão suporte a essa relação interorganizacional, como: quem são os participantes, quais os recursos envolvidos, as responsabilidades, os objetivos comuns e específicos, coordenação compartilhada e demais elementos constitutivos de uma rede de serviços (SANTOS; ANDRADE, 2008, p. 31-32).

A *gestão social em rede* assim pensada *busca superar a fragmentação na formulação e na implementação de política, assim como a organização setorial das mesmas*. No caso da saúde pública, seguir por esse caminho significa superar a fragmentação das políticas sociais e fomentar uma articulação entre o setor saúde e outras políticas públicas, tais como: ambiente,

educação, assistência social, transporte, energia, etc., bem como deve incorporar as dimensões econômica, social, cultural, política e territorial onde a política atua. Uma vez que a articulação entre essas políticas públicas “[...] possibilita melhor utilização de recursos, sejam humanos, financeiros ou materiais” (BIDARRA, 2009, p. 490) e ainda ao interagir entre si impactam na qualidade de vida da população.

Nestes termos, compreende-se que a *gestão social das políticas públicas* exerce um papel fundamental no redirecionamento das ações públicas, no sentido de subsidiar a sustentabilidade das políticas públicas e o desenvolvimento de uma dada sociedade. Para tanto, faz-se necessário a adoção de *novas metodologias de gestão* que visem o estabelecimento de vínculos horizontais e participativo baseada no modelo de *gestão social em rede*, a qual deve ser descentralizada, visando à articulação dos interesses entre Estado e sociedade.

2.2 Processo de gestão da SMSA/BV: as estratégias operacionais da gestão social em rede na operacionalização da Política de Promoção da Saúde em Boa Vista-RR

O processo de gestão desenvolvido pela SMSA/BV será descrito e analisado levando-se em conta os elementos constitutivos do processo de materialização da Política de Promoção da Saúde. Para tanto, foram observadas algumas características para apreensão de como foi feita a recriação da política nacional em âmbito local, tais como: o processo de formulação de políticas, o planejamento e a programação das ações e o gerenciamento cotidiano do processo de trabalho. A análise dos processos envolvidos em cada um desses momentos buscou, conforme o objetivo geral desta pesquisa, *avaliar as estratégias operacionais da gestão social em rede no sistema descentralizado da Política de Promoção da Saúde no Município de Boa Vista-RR sob a perspectiva da sustentabilidade socioambiental*, tomando como fonte privilegiada a percepção dos gestores sociais entrevistados.

Como sinalizado anteriormente no Capítulo I, a partir da década de 1990 as políticas sociais passam a ser descentralizadas sob um comando único em cada um dos níveis de gestão. O que isso quer dizer? Quer dizer que os municípios, os estados têm autonomia para definir a sua política social desde que dentro de uma planificação mínima que acontece em nível federal. Então a descentralização não significa a falta de orientação, a falta de um perfil

único para se tratar a política de saúde. Ela significa autonomia para partir para uma planificação, para uma direção, para pensar a partir de uma realidade local, de uma necessidade onde está inserido um município ou um estado em que se desenvolve a política.

Nestes termos, o modelo de Gestão adotado pela SMSA, conforme discurso oficial é o de Gestão Plena do sistema Municipal, respaldado pela portaria nº 1.315/GM de 28 de outubro de 1999, cujas “responsabilidades são preconizadas através da legislação do SUS para o atendimento desde a atenção básica, até a média e alguns procedimentos de alta complexidade” (SMSA, 2012, p. 8).

Assim, a SMSA dentro do sistema delegado por lei representa o Município como órgão gestor que recebe recursos por meio do Fundo Municipal de Saúde¹² para executar as ações públicas na implementação da política pública de Promoção da Saúde em Boa Vista-RR, seja por meio dos equipamentos próprios ou em parceria com outras instituições. Para melhor visualização foram elencadas, segundo a análise documental, as instituições e entidades parceiras de forma detalhada no Quadro 2:

PARCEIROS INSTITUCIONAIS	
<p style="text-align: center;">SECRETARIA DE ESTADO</p> <p>SESAU Secretaria de Estado da Saúde de Roraima</p> <p style="text-align: center;">SECRETARIA / ÓRGÃOS MUNICIPAL</p> <p>Abrigo Pedra Pintada</p> <p>CRAS Centro de Referência de Assistência Social</p> <p>CERNUTRI Centro de Recuperação Nutricional Infantil</p> <p>SEMGES Secretaria Municipal de Gestão Social</p> <p>SMEC Secretaria Municipal de Educação e Cultura</p> <p style="text-align: center;">NÃO GOVERNAMENTAL</p> <p>Associação dos Surdos e Mudos de RR</p> <p>Igreja Betesda</p> <p>Instituto de Combate ao Câncer Infantil –RR</p>	<p style="text-align: center;">AUTARQUIAS</p> <p>CETERR Centro de Educação Técnico e Especializado de Roraima</p> <p>FETEC Fundação de Educação, turismo, esporte e cultura de Boa Vista</p> <p>SESC Serviço Social do Comércio</p> <p>SESI Serviço Social da Indústria</p> <p>SEBRAE Serviço Brasileiro de Apoio às Micros e Pequenas Empresas</p> <p>UERR Universidade Estadual de Roraima</p> <p>UFRR Universidade Federal de Roraima</p> <p style="text-align: center;">INSTITUIÇÕES PRIVADAS</p> <p>FEA Faculdade Estácio Atual</p>

¹²“O Fundo Municipal de Saúde foi instituído através da Lei nº236-A, de 26 de abril de 1991 e recebeu nova redação através da Lei nº 273, de 04 de setembro de 1992, alterado pela Lei nº 742, de 25 de junho de 2004. A Lei nº 1.355, de 19 de julho de 2011, institui o Fundo Municipal de Saúde-FMS, revogando a Lei Municipal nº 236 de 04 de abril de 1991; a Lei municipal nº 273, de 04 de setembro de 1992; e demais disposições em contrário e alterada dispõe sobre o Fundo Municipal de Saúde. Tem por finalidade criar condições financeira e gerencial dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executados e coordenados pela Secretaria Municipal de Saúde como Unidade Orçamentária desde 2008, mas utilizava todos os serviços tais como, todos os procedimentos licitatórios da Comissão Permanente de Licitação-CPL da Prefeitura Municipal de Boa Vista e as três fases de despesa: empenhos, liquidações e pagamentos eram efetuados pela Secretaria Municipal de Economia, Planejamento e Finanças, comum a todas as Secretarias, a partir de 1º de agosto de 2011, quando as fases das despesas passaram a ser empenhadas, liquidadas e pagas pelo Fundo Municipal de Saúde” (SMSA, 2012, p. 8)

Liga Roraimense de Combate ao Câncer	CATEDRAL Faculdade Catedral
--------------------------------------	-----------------------------

Quadro 2 – Parceiros institucionais que constituem a rede de atuação da política de Promoção da Saúde da SMSA.

FONTE: Elaboração da pesquisadora / Relatórios de Gestão da SMSA de 2011-2013

A análise documental, a partir dos relatórios de gestão de 2011 a 2013 revelam que não se trata de uma rede formal, mas devido às necessidades de resolver um problema comum, estas instituições realizam ações conjuntas com os programas estratégicos¹³ da SMSA/BV por meio das equipes da Estratégia em Saúde da Família para obtenção de resultados comuns.

No entanto, dentre as instituições parceiras, somente a Secretaria Municipal de Educação tem convênio legalmente firmado por meio do Termo de Compromisso Municipal entre as Secretarias de Saúde e Educação. Outro ponto a ser destacado no Quadro 2, é que os parceiros que compõe a rede de atuação da política de Promoção da Saúde desenvolvida pela SMSA são em sua maioria entidades de Administração Pública Indireta, ou seja entidades autárquicas, seguido por entidades da esfera governamental, sobretudo municipal. E dos 4 (quatro) parceiros representantes da sociedade civil, apenas a Liga Roraimense de Combate ao Câncer tem assento no Conselho Municipal de Saúde. O que leva a perceber a pouca participação efetiva da sociedade civil organizada em nível local como parceiros e atores da rede de atuação. Esses atores são essenciais para a efetivação e sustentabilidade da política de Promoção da Saúde, bem como essenciais para a ampliação da cidadania na região Amazônica, “principalmente se forem inseridos como parceiros com poder de decisão, numa relação de igualdade com os demais atores que compõem a rede” (SILVA, S., 2011, p.65).

Acredita-se que sem o processo participativo, torna-se difícil promover a autonomia na gestão local, pois Nogueira, M.A. (2011, p. 122) indica que os processos participativos convergem-se em “recursos estratégicos do desenvolvimento sustentável e da formulação das políticas públicas, particularmente na área social”. Assim é impossível realizar a *gestão social em rede* sem que antes ocorram transformações efetivas nas relações entre Estado, sociedade e os mecanismos clássicos da democracia representativa, isto é, faz-se necessário romper com

¹³Para implementar as ações de Promoção da Saúde e atender as demandas da comunidade local, verificou-se que a Atenção Básica da SMSA/BV está organizada em nove programas estratégicos, são eles: Programa de Atenção Integral a Saúde do Adolescente e Jovem; Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher; Programa de Saúde Bucal; Programa de Atenção a Saúde do Idoso e do Homem; Coordenação Municipal de Alimentação e Nutrição; Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança e Serviço de Referência em Triagem Neonatal; Programa de Educação em Saúde e Controle do Tabagismo; Programa Saúde na Escola-PSE; Coordenação de Unidades Móveis e Saúde Rural. Esses programas são desenvolvidos pela SMSA por meio da Estratégia em Saúde da Família.

as estruturas antigas da democracia representativa e incorporar a democracia participativa, e ainda, há necessidade de uma reorganização transetorial da administração pública. Nesses moldes, *a ponte para a sustentabilidade dessa ação será a democracia e a busca pela equidade.*

Assim cabe questionar: Quais são as estratégias operacionais da Gestão Social em rede no sistema descentralizado da Política de Promoção da Saúde no Município de Boa Vista? Como a SMSA tem planejado e desenvolvido as ações para implementar a política de Promoção da Saúde sob a ótica da sustentabilidade socioambiental?

Diante da complexidade que envolve a questão socioambiental na cena contemporânea, as políticas públicas devem adotar, como já sinalizado, novas metodologias de gestão, pautadas num modelo de articulação em rede intersetorial. A construção desse modelo requer, segundo Carvalho (1999), a complementaridade entre as três esferas de governo (união, estados e municípios), demandando uma gestão intergovernamental, ou seja, uma *gestão social em rede*, que ocorre no entrelaçamento de redes alimentadas por fluxos contínuos de informação e interação que exige vínculos horizontais, portanto, transetorial.

Nessa conjuntura, Carvalho (1999) indica a necessidade de uma gestão pautada em princípios democrático e participativo como critérios de uma gestão transparente e negociada. A autora ao referir-se a Castells (1998) acrescenta que a gestão social, assim pensada, está assentada nos princípios da subsidiaridade, complementaridade e da sustentabilidade.

Assim, percebe-se que a gestão social no âmbito da política de Promoção da Saúde constitui-se como *modalidade da gestão* das ações sociais públicas, a qual deve ser descentralizada, envolvendo a participação cidadina no processo decisório, bem como na fiscalização e avaliação da qualidade das ações, da aplicação dos recursos públicos e do resultado dessas ações. E as redes sociais constituem-se numa espécie de canal ou estratégia para o enfrentamento das demandas ou necessidades dos cidadãos impostas pela realidade local.

Neste momento faz-se oportuno esclarecer que a análise apresentada a seguir resulta da coleta de informações da pesquisa de campo, por meio da realização de entrevistas com os seguintes atores sociais: 5 (cinco) representantes da gestão da SMSA que participaram na ocasião da elaboração do Plano Municipal de Saúde; 11 (onze) servidores da secretaria que

atuam na Estratégia em Saúde da Família; 2 (dois) Representantes da Sociedade Civil com assento no Conselho Municipal de Saúde; 1 (um) parceiro no desenvolvimento do programa que atua como coordenador de projetos. O perfil dos sujeitos da pesquisa pode ser visualizado no Quadro 3:

GRUPO DO SUJEITO DE PESQUISA	SEXO	TITULAÇÃO	FORMAÇÃO	FUNÇÃO	TEMPO NA FUNÇÃO	VINCULO INSTITUCIONAL
Grupo Gestor	F	Especialização	Ciências Exatas	Diretora de Planejamento	3 anos	Cargo Comissionado
	F	Mestrado	Ciências Socialmente aplicada	Coord. Saúde do Idoso	3 anos	Temporário
	F	Mestrado	Ciências Socialmente Aplicada	Coord. Saúde do Adolescente e Jovem	2 anos	Temporário
	M	Graduação	Ciências Humanas	Coordenador de Saúde	3 anos	Servidor Efetivo
	F	Especialização	Ciências Biológicas	Coord. Programa Viva Mulher e Humanização	7 anos	Servidor Efetivo
Grupo Técnico-Operativo ESF*	F	Especialização	Ciências da Saúde	Médica	1 a 2 meses	Temporário
	F	Especialização	Ciências da Saúde	Enfermeira	12 anos	Servidor Efetivo
	F	Especialização	Ciências da Saúde	Enfermeira	10 anos	Temporário
	M	Graduação	Ciências da Saúde	Médico	05 anos	Seletivo
	F	Ensino Médio	Ciências da Saúde	A.C.S	13 anos	CLT
	F	Especialização	Ciências da Saúde	Enfermeira	11 anos	Servidor Efetivo
	F	Especialização	Ciências da Saúde	Enfermeira	05 anos	Temporário
	F	Especialização	Ciências da Saúde	Enfermeira	10 anos	Prestadora de Serviços
	M	Ensino Médio	Ciências da Saúde	A.C.S	7 anos	CLT
	F	Especialização	Ciências da Saúde	Enfermeira	9 anos	Temporário
	F	Especialização	Ciências da Saúde	Enfermeira	17 anos	Temporário
CMS**	F	Especialização	Ciências da Saúde	Médica	21 anos	Conselheiro
	F	Graduação	Ciências da Saúde	Farmacêutica	18 anos	Conselheiro
SMEC***	F	Graduação	Ciências Humanas	Pedagoga	1 ano	Parceiro

Quadro3 – Perfil dos sujeitos da Pesquisa.

FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013

*Conselho Municipal de Saúde

**Estratégia em Saúde da Família

*** Secretaria Municipal de Educação e Cultura

Visando cumprir com o princípio da confidencialidade da identidade dos sujeitos da pesquisa, mas garantindo a contextualização de suas falas, será usado um código de identificação que indicará o tipo de grupo que o sujeito de pesquisa pertence (G), o sexo (S),

tempo na função (T), e o vínculo institucional (V). Essa codificação pode ser visualizada no exemplo a seguir:

G: GG; S: F; T:3a; V: T

Neste exemplo, G significa que o sujeito pertence ao grupo governamental Gestor, sendo do sexo feminino (S), com três anos de tempo na função (T) e com vínculo empregatício temporário (V).

Para facilitar o entendimento do leitor deste código, o Quadro 4 apresentará as siglas e seus significados. Vejamos:

Discriminação	Código	Varição do código
Grupo a que pertence o sujeito de pesquisa (G)	GG	Governamental Gestor
	GT	Governamental Técnico-operativo
	NG	Não Governamental
	P	Parceiro
Sexo (S)	F	Feminino
	M	Masculino
Tempo na Função (T)	a	Ano
	m	Mês
Vínculo Empregatício (V)	E	Servidor Efetivo
	C	Cargo Comissionado
	T	Temporário
	CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
	P	Prestador de Serviços
	S	Seletivo

Quadro 4 – Códigos e significados

FONTE: Elaboração própria da pesquisadora.

Importante sinalizar que durante a realização da *pesquisa de campo*, em virtude do processo demissionário dos servidores no final de 2012, as dificuldades da pesquisa se deram em dois momentos: o primeiro refere-se à localização daqueles profissionais da gestão que

participaram do processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde¹⁴ a ser executado entre os anos de 2010 a 2013 e ainda localizar nas equipes de Estratégias de Saúde da Família das seis regiões de saúde, os profissionais que atendessem ao perfil dos sujeitos da pesquisa delimitado no percurso metodológico.

No segundo momento, a dificuldade encontrada refere-se à disponibilização desses profissionais em contribuir com a pesquisa. Mesmo após a localização desses atores sociais, muitos resistiram em participar, uma vez que a incerteza de continuar na gestão ou na equipe da *Estratégia Saúde da Família* levou esses atores ao desestímulo em realizar os serviços voltados à Promoção da Saúde e, também, a prestar tais informações. Convém lembrar que não existe na estrutura da SMSA/BV uma coordenação específica de *Promoção da Saúde*, esta política por ser transversal é coordenada pelos programas estratégicos da secretaria e operacionalizada pelas equipes da Estratégia em Saúde da Família.

Cabe destacar que dos atores sociais identificados no Quadro3 como representantes do Grupo Gestor, 2 (dois) não fazem mais parte do quadro efetivo da SMSA e 2 (dois) permanecem na instituição, contudo, não exercem mais a função de direção de planejamento ou Coordenador de Programas Estratégicos. Apenas 1 (um) permanece exercendo a mesma função na SMSA. Da mesma maneira é importante esclarecer que a inclusão da SMEC como instituição parceira, embora o sujeito da pesquisa esteja atuando recentemente, se fez necessária por considerar que a pesquisa documental revelou ser a única instituição com pactuação efetiva com a SMSA para desenvolver ações de Promoção da Saúde.

Partindo desses pressupostos, retoma-se a discussão dos resultados da pesquisa de campo. Nesse ponto é oportuno situar o entendimento dos sujeitos da pesquisa sobre o *conceito de Promoção da Saúde*, conforme demonstra o Quadro5 com as principais categorias identificadas:

¹⁴O Plano Municipal de Saúde-PMS foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde por meio da Resolução Nº 21/10 em 23 de dezembro de 2010 e publicado no Diário Oficial do Município em 10 de janeiro de 2011. O PMS tem por objetivo, no período que compreende entre os anos de 2010 a 2013, aperfeiçoar e consolidar a descentralização do SUS, fortalecendo a gestão consolidada no Pacto pela Vida, Saúde e Gestão; e aprimorar os processos de negociação e pactuação, contribuindo para o atendimento segundo as necessidades e demandas locais e, ações com base no perfil epidemiológico. Este plano constitui-se num conjunto de estratégias e orientações para a política de saúde no município de Boa Vista no que tange a promoção, prevenção e recuperação da saúde da população local.

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Transcrição de trechos das narrativas dos entrevistados
Estratégia fundamental da Estratégia em Saúde da Família.	<p><i>Promover a saúde é justamente o alicerce da Estratégia da Saúde da Família [...]. (G:GT; S:F; T:12a; V:E).</i></p> <p><i>São as diversas estratégias e políticas utilizadas para evitar o processo de adoecimento, através da prevenção evitando que as pessoas se exponham aos fatores condicionantes e determinantes de doenças (G:GT; S:F; T:11a; V:E).</i></p>
Democratização da informação	<p><i>É a promoção da educação em saúde, ensinar não só para os funcionários que fazem parte da unidade de saúde, como também para o paciente. Porque todo paciente tem que saber como ocorre sua doença e tem que saber como tratar e alguns dos familiares como prevenir (G:GT; S:F; T:1a. 2m;V:T)</i></p> <p><i>[...] A Promoção da Saúde é justamente a informação do bem estar do que é saúde, pra o paciente pra que ele mesmo aprenda a se prevenir das possíveis doenças (G:GT; S:F; T:12a; V:E).</i></p> <p><i>[...] é a gente promover a saúde para comunidade. Entendo assim, porque tem vez que o pessoal né, dificultam muito, a gente vai lá na casa deles, o que tá tendo no posto pra gente poder promover pra eles, entendo assim (G:GT; S:F; T:13a;V:CLT).</i></p> <p><i>[...] São as palestras que realizamos no nosso dia a dia mesmo pra que ele não adoença. É a informação pra que o paciente aprenda a se prevenir de futuras doenças (G:GT; S:F; T:10a; V:P).</i></p> <p><i>Promoção da Saúde é o dia a dia, por exemplo, são palestras, é dentro do nosso atendimento mesmo [...] (G:GT; S:F; T:17a; V:T).</i></p> <p><i>Promoção da Saúde [...] é a questão de você fazer palestras, fazer ação voltada, no caso tem avaliação nutricional, é cuidar, é prevenir antes que a doença chegue, cuidar antes. No PSE significa isso a promoção (G:P; S:F; T:7m; V:S).</i></p>
Um meio para a melhoria da qualidade de vida	<p><i>É tentar levar pra população as melhorias da saúde. Uma saúde saudável, uma melhoria na qualidade da saúde (G:GT; S:F; T:10a; V:T).</i></p> <p><i>Promoção da Saúde é tudo aquilo em volta do usuário para melhorar sua qualidade de vida, não os expondo a doenças (G:GT; S:M; T:5a;V:S).</i></p> <p><i>São ações voltadas para a população para ensinar cuidados da saúde e incentivá-los à melhoria da qualidade de vida (G:GT; S:M; T:9a; V:T).</i></p>
Prevenção de doenças	<p><i>criar né e implantar atividades que também vão gerar a prevenção de doenças. Na promoção você está realizando essas atividades. Promover algumas atividades pra que possa prevenir as doenças graves né, alguma doença, ou qualquer risco pra saúde (G:GT; S:F; T:5a;V:T).</i></p> <p><i>são ações de educação para a população, voltadas para prevenir doenças [...] (G:GT; S:F; T:10a; V:P).</i></p> <p><i>olha é todos os meios viáveis para que a população não venha adoecer né (G:GT; S:M; T:7a; V:CLT)</i></p> <p><i>[...] a Promoção da Saúde em si, se você faz uma boa política você faz a parte de prevenção [...] (G:GG; S:F; T:3a; V:C).</i></p> <p><i>Olha, Promoção da Saúde é tudo aquilo né, que beneficia, que a gente pode tá</i></p>

	<p><i>levando pra população né. Pra tá prevenindo as doenças, como hipertensão, diabetes, doenças respiratórias, cardiorrespiratórias, entre outras, né [...] (G:GG; S:M; T:3a; V:E).</i></p> <p><i>Promoção da Saúde é... porque no momento que a... nós trabalhamos os fatores de risco para o câncer de mama, de colo de útero e todos os demais cânceres [...] no momento que eu estou trabalhando, que você não deve fumar, ou seja, que eu tô trabalhando os fatores de risco pro câncer automaticamente eu tô promovendo a saúde, né, porque, porque eu tô incentivando não só o... trabalhando os fatores diretamente ligado a mama, onde a gente incentiva a mulher a fazer o raio-x a mamografia, incentiva o exame clínico [...] (G:NG; S:F; T: 21a).</i></p>
Articulação política nos conselhos de direito	<p><i>[...] a gente articula através dos conselhos municipais e estaduais de saúde, a garantia das políticas públicas de direito, relacionadas a saúde da mulher, então quando eu falo de promoção é isso [...] (G:NG; S:F; T: 21a).</i></p>
Mudança de cultura	<p><i>[...] no momento que você trabalha mudanças de cultura, e que se trabalha uma promoção na parte do se fazer a parte preventiva, aí ela envolve tudo, tudo o que se passa na situação de cura passa a se fazer com um custo bem menor [...] (G:GG; S:F; T:3a; V:C).</i></p>
Ações conjuntas interdisciplinares	<p><i>São ações conjuntas interdisciplinares desenvolvidas para manter a saúde da população de forma que evite que essa população venha a necessitar de intervenções de média e alta complexidade, devido a morbidades ou até mortalidades (G:GG; S:F; T:3a;V:T).</i></p> <p><i>É bem complexo né? É algo que envolve bastantes ações, não só da saúde na verdade [...] Você vai promover né, a que o individuo consiga também fazer a manutenção da sua saúde, independente de uma ação curativa que uma unidade de saúde venha a realizar ou mesmo preventiva né! Promoção de saúde deve ser realizado todos os dias, desde uma atividade física, até cuidados com alimentação entre outras coisas (GG: G; S: F; T: 7a; V: E).</i></p>
Promoção de ambientes saudáveis	<p><i>Promoção da Saúde é você pensar em promover ambientes saudáveis. É promover saúde é você evitar doenças! E como é que se faz isso? Quando eu falo em ambiente saudáveis, falo de ambientes livres de fumo, ambientes é... quando você favorece a pratica de atividades físicas, quando você favorece lazer, cultura. Tudo isso é Promoção da Saúde (G:GG; S: F; T: 2a; V: T).</i></p>

Quadro 5 – Visão dos atores institucionais entrevistados sobre o significado de *Promoção da Saúde* FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013.

Observa-se no Quadro5, que a maioria dos representantes institucionais entendem que promoção é sinônimo de *prevenção de doenças*. Entretanto, vale lembrar, conforme Czeresnia (2003) estes conceitos são distintos. Conforme foi abordada no primeiro capítulo, a *prevenção de saúde* está relacionada à questão epidemiológica enquanto a *promoção de saúde* vai além da prevenção, à medida que considera os múltiplos determinantes sociais da saúde.

Outro grupo entende que a Promoção da Saúde está relacionada com a *democratização da informação*. A partir da análise, observa-se que o método mais utilizado para a divulgação das informações em saúde são ações de cunho educativo e ocorrem no cotidiano profissional.

Na maioria das unidades visitadas, constatou-se que estas ações são realizadas durante a consulta ambulatorial e as ações coletivas ultimamente estão sendo realizadas em apenas uma unidade. Nestes termos, convém ressaltar que o tripé *prevenção, educação e promoção*, embora conceitualmente sejam distintos, estão intrinsecamente conectados, à medida que prevenir e educar são algumas das múltiplas técnicas utilizadas para se alcançar a Promoção da Saúde.

A Promoção da Saúde configura-se para outro grupo técnico-operativo como uma *estratégia fundamental da Estratégia em Saúde da Família*. Buss (2002) ao abordar sobre essa temática esclarece que a vida cotidiana dos indivíduos é o *locus* “[...] onde se manifestam as articulações entre os processos biológicos e sociais que determinam a situação de saúde” (p.51).

Sob esse viés de análise, o autor acrescenta que cada família ou pequeno grupo apresenta um estilo de vida singular, que por sua vez está relacionado com as características das suas condições de vida, ou seja, das condições de moradia e seu entorno, o local de trabalho e o seu entorno, seus hábitos, seu nível cultural, dentre outros fatores, sendo, portanto, um espaço privilegiado de intervenção da saúde pública, pois “é na família que se constituem muitos dos comportamentos e hábitos de vida, favoráveis ou nocivos para a saúde” (BUSS, 2002, p.53). Assim a Estratégia em saúde da família é um *locus* privilegiado para o fomento das ações de Promoção de Saúde individual ou coletivamente, assumindo uma outra concepção apontada pelos sujeitos da pesquisa, *um caminho para a melhoria da qualidade de vida*.

Como já foi ressaltada neste estudo, a saúde não é uma responsabilidade exclusiva do setor saúde. Ela é resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, ambientais, culturais e político que combinam, conforme Buss (2002, p. 50), “de forma particular em cada sociedade, em conjunturas específicas, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis”. Assim a sustentabilidade das ações de promoção de saúde só será possível por meio de políticas públicas intersetoriais, corroborando com o entendimento de dois representantes do grupo gestor, que consideram que a Promoção da Saúde são *ações conjuntas e interdisciplinares*.

Nesse sentido, busca-se identificar na fala dos sujeitos que compõe a rede de atuação da SMSA/BV as principais características dessa gestão. Para tanto, foram consideradas a percepção dos representantes da gestão, do grupo técnico operativo, dos parceiros, bem como do controle social. As principais categorias foram identificadas no Quadro 6:

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Transcrição de trechos das narrativas dos entrevistados
<p>Gestão compreendida como Burocrática</p>	<p>[...] <i>Eu acho que tem muitos problemas burocráticos e não estão conseguindo chegar pra nós aqui da base as informações necessária pra que a gente possa fazer um trabalho melhor [...]</i>(G:GT; S:F; T:1a. 2m;V:T).</p> <p>[...] <i>Eu acho o seguinte, o gestor lá em cima ele determina que se cumpra uma meta, então ele está pensando só em números, a parte burocrática nesse ponto, ele não participa em loco tá, ele não se preocupa de que forma eu vou trabalhar pra atingir aquela meta. Então chega o papel e é determinado de alguma forma qualquer ele quer que seja resolvido o problema sem dar suporte, sem participar, sem trabalhar a estratégia com a equipe, eu acho que ela é burocrática nesse ponto onde ele se preocupa com que vem pedindo lá em cima o que tá determinado, e não de que forma [...]</i>(G:GT; S:F; T:3a; V:E) .</p> <p>[...] <i>Acho que é burocrática, só quando tem que preencher papel corre atrás, quando tem que atingir meta, Se não!</i> (G:GT; S:F; T:10a; V:T).</p> <p>[...] <i>O planejamento ocorre de forma vertical e impositor ao que reduz a eficácia das ações [...]</i> (G:GT; S:F; T:11a; V:E).</p> <p><i>É burocrática, o que às vezes atrapalha, porque as coisas são de cima pra baixo e as vezes atrasa um pouco</i> (G:GT; S:F; T:10a; V:P).</p> <p>[...] <i>eu acho que é uma coisa muito fechada. Acho que é muito centralizada não? tudo é a SMSA [...]</i> (G:GT; S:F; T:17a; V:T).</p> <p>[...] <i>quê que aconteceu até 2012 né, eu diria assim que a administração ela foi piorando, piorando, piorando, piorando, e eu vou te dizer por que, vou na minha ótica médica tá, o problema foi na gestão tá, é o problema da gestão é que ela não tem assessoria técnica médica, não tem [...]</i> então pra mim a falha do serviço público na gestão atual é essa falta de assessoria técnica específica [...]</p> (G:NG; S:F; T: 21a).
<p>Gestão Sem Participação</p>	<p><i>Ainda deficitária. [silêncio]. [...] Então digo que ela é participativa minimamente no que a legislação exige e não como se fosse algo que fosse vontade do gestor de fato contribuir com essa participação [...]</i> (G:GG; S:F; T:3a;V:T).</p> <p><i>Gestão sem participação [...]</i> (G:GT; S:M; T:5a;V:S).</p> <p><i>Muitas mudanças aconteceram, de gestão [...] Mesmo sem mudança de prefeito, teve ano que tivemos três secretários num ano. Dois secretários num ano. Com isso muda toda a parte do primeiro escalão. [...] O que tínhamos avançado regrediu [...]. Antes a gestão não era participativa, agora sim</i>(G:GG; S:F; T:3a; V:C).</p> <p><i>olha atualmente a gente tá vindo aí de uma gestão desastrosa, todo mundo sabe [...] nesse período de 2010 a 2013 deixou muito a desejar da gestão passada não tinha participação de nada [...]</i> (G:GT; S:M; T:7a; V:CLT).</p> <p>[...] <i>Tô na gestão desde 2003 acompanhei várias mudanças aqui, mas de modo geral ainda eu acho que a gente ainda não aprendeu a ouvir nem os trabalhadores e tão pouco os usuários [...]</i> Em geral a gente não tem muita participação, eles acontecem muito no âmbito da gestão em si né! Não com aquela participação mais efetiva que a gente gostaria, eu te falo até por outros programas, até pelo próprio programa que eu coordenava às vezes a gente não conseguia ouvir o trabalhador né! [...]</p> (G:GG; S: F; T: 7a; V: E).

	<p><i>[...] infelizmente nós tivemos as ultimas, três ultimas gestões desastrosas [...] a gente solicita incansavelmente que tudo que seja planejado na secretaria, tudo que seja executado passe por essa casa, infelizmente na gestão do senhor Roberto Araujo, Paulo Linhares, Ipojuca, isso não foi cumprida, temos uma planilha de ofícios reiterados de infinitas vezes, quando eu digo infinitas vezes, é... de um modo exagerado, mais, assim de não ter sido cumprido durante esses últimos três anos [...] A nossa participação foi mais em termo de denuncia e provocar assuntos aos quais a gente recebia denuncias (G:NG; S:F; T: 18 a).</i></p>
Estratégica e Participativa	<p><i>Ela é participativa. Bom a gente tenta [...] (G:GG; S:M; T:3a; V:E).</i></p> <p><i>eu acho que ela é estratégica. Porque ela participa muito com a gente, de vez em quando eles tão aqui, as vezes que precisa eles, os coordenadores vem aqui (G:GT; S:F; T:13a;V:CLT).</i></p> <p><i>Na verdade eu vejo que eles tentam seguir a estratégia que existe né. Principalmente do SUS [...] (G:GT; S:F; T:5a;V:T).</i></p>
Intersetorialidade	<p><i>[...] A gestão da Promoção da Saúde, ela é feita de forma articulada, entre os programas estratégicos [...] (G: GG;S: F; T: 2a; V: T).</i></p> <p><i>O programa é da saúde, mas a educação ajuda a executar. Porque é assim, o PSE é uma coisa e o PSF é outra e tudo tá interligado né! a gente da educação depende do posto de saúde, da unidade de saúde pra atender nossas crianças, então tá tudo interligado [...] então a palavra certa é gestão em rede, porque um só não pode trabalhar, é um conjunto [...] (G:P; S:F; T:7m; V:S).</i></p>

Quadro 6 – Principais características da Gestão da Política de Promoção da Saúde desenvolvida pela SMSA apontada pelos atores institucionais entrevistados.

FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013.

Como pode ser observado no Quadro 6, as principais características da gestão desenvolvida pela SMSA/BV apontada pelos entrevistados foi de uma gestão burocrática e sem a participação ativa, corroborando com Inojosa (2006, p. 242) ao afirmar que no Brasil, a maioria das “organizações governamentais ainda exhibe uma modelagem setorializada e hierarquizada piramidalmente. São estruturas verticalizadas, com poderes centrais e independentes que respondem cada qual por um setor, agrupando-se paralelamente”.

Diante desse modo de realizar a gestão, para que haja uma *gestão social em rede* de forma democrática, sugere-se a necessidade de flexibilizar a estrutura administrativa, o fortalecimento da autonomia dos atores sociais e a integração das ações com base nos objetivos, além da democratização e transparência da administração nos espaços públicos deliberativos. Para tanto, urge a necessidade de construir novas práticas de gestão, novos métodos de trabalho, para que assim possam liberar a criatividade do corpo técnico operativo,

no que se refere a prestação de serviços voltados para a Promoção da Saúde desenvolvida pela SMSA no município de Boa Vista-RR.

A segunda característica apontada por um pequeno grupo de representantes da gestão e técnico-operativo entrevistado, diz respeito à participação dos atores sociais, seguindo principalmente a estratégia recomendada pelo SUS no processo de planejamento e implementação das ações. A gestão estratégica e participativa deve ser apropriada pela equipe dirigente no processo de condução das políticas públicas, uma vez que esse tipo de gestão imprime dinamicidade, organicidade e concretude na intervenção. Sob esse viés de análise Fritsch (1996, p. 129) esclarece que uma gestão estratégica atrelada “à participação, passa a ser um elo conciliador para a melhoria dos processos, das relações humanas e para a consolidação de uma prática competente que busca construir uma sociedade mais cidadã”. Nestes termos, o gestor social ao empreender uma gestão estratégica deve oportunizar aos sujeitos sociais experiências concretas de participação na gestão das políticas públicas.

Também pode ser observado que um pequeno grupo caracteriza essa gestão como intersetorial, especialmente pelo caráter interdisciplinar de articulação entre os programas estratégicos da saúde com outras políticas públicas. Aqui é possível observar a interação entre as políticas públicas de saúde e educação no desenvolvimento de ações conjuntas destinadas a Promoção da Saúde na esfera municipal, configurando-se como uma rede de compromisso social.

Inojosa (2006, p. 246) esclarece que a rede de compromisso social trabalha por pactuação e “se tece com a mobilização de pessoas físicas e instituições, a partir de uma visão ideológica de futuro e da percepção de problemas que rompem ou colocam em risco o equilíbrio da sociedade ou de oportunidades de desenvolvimento social”, em que as ações são articuladas e realizadas pelos parceiros. Outra característica que pode ser percebida no relato dos gestores é a *predominância de articulação da rede própria de serviços ou instituições de saúde*, uma vez que as ações de Promoção da Saúde são feitas de forma articulada entre os programas estratégicos da própria secretaria.

Bourguignon (2001) elucida que esse tipo de gestão gera a fragmentação da atenção às demandas sociais, ocasionando de um lado a descontinuidade das ações a serem realizadas, a centralização das decisões, informações e recursos, e por outro lado acarreta divergência entre “os objetivos, o papel de cada área, unidade, instituição ou serviço participante da rede”, assim como o “fortalecimento de hierarquias e poderes políticos/decisórios e fragilização do usuário – sujeito do conjunto das atenções na área social” (p. 3).

Nesta perspectiva, entende-se que a gestão social moderna exige a ideia de sinergia entre as políticas públicas, a qual deve possibilitar na realidade um processo de inclusão social, em que a participação social da sociedade civil deve ser efetivada nas ações e decisões que dizem respeito ao encaminhamento das políticas públicas. Com base nesta perspectiva, faz-se necessário compreender o processo decisório e de formulação da política de saúde no Município de Boa Vista.

Nestes termos é importante sinalizar que a formulação da política de saúde na capital Roraimense se dá por meio de um processo no qual se entrelaçam as demandas municipais com as do Ministério da Saúde. Assim, para analisar o *modus operandi* da *gestão social em rede* desenvolvida pela SMSA/BV foram considerados os elementos constitutivos do processo de materialização da política objeto de estudo. Visto por esse ângulo, foram observadas algumas características para a apreensão de como foi feita a recriação da política nacional em âmbito local, tais como a *formulação*, o *planejamento*, a *programação das ações* e o *gerenciamento cotidiano do processo de trabalho*. Também foram consideradas as características das ações dos atores que participaram do processo decisório, ou seja, os sujeitos envolvidos, tais como: o grau de autonomia para a tomada de decisão; o embasamento legal que justificou a tomada de decisões; a interação entre os diversos interesses; e a definição da agenda política. Outro elemento que foi privilegiado na análise foi a realidade histórica que configurou a racionalidade da política em nível local, bem como as estratégias adotadas para criar canais de participação social da população local.

A análise desses pontos contemplou dois aspectos principais: de um lado, a *forma como se dá a tomada de decisão* e por outro, a *interação entre os profissionais que atuam na gestão, operacionalização e controle social* da política de Promoção da Saúde sob a ótica da sustentabilidade socioambiental.

Enfatiza-se que a engenharia institucional da SMSA contempla a existência de órgãos colegiados de gestão: o Conselho Municipal de Saúde e o Conselho Gestor, instâncias responsáveis pela formulação e aprovação das políticas neste âmbito. Entretanto, este estudo privilegiou a análise do processo decisório realizado pela equipe de gestores da SMSA.

Baptista (2010) destaca que o planejamento é uma atividade sistemática e reflexiva que se coloca no mundo social a partir de conhecimento teórico, científico e técnico. Nessa perspectiva, um dos elementos que fundamentam a sustentabilidade da gestão em rede refere-se à participação de diversos atores sociais no processo de tomada de decisão das ações. Nesse sentido buscou-se observar, no relato dos representantes governamentais e não

governamentais, como ocorreu o processo de planejamento das ações de Promoção da Saúde, conforme a apresentação no Quadro7:

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Transcrição de trechos das narrativas dos entrevistados
<p>Planejamento orientado pela participação de diversos atores sociais</p>	<p><i>Reuniões com todas as áreas, o Conselho também que sempre participa da elaboração do PPA, do Plano Municipal. E houve várias reuniões, e dentro dessas reuniões foram feita a comissão para elaboração. [...] As reuniões na época da elaboração eram feitas semanalmente, duas vezes, até três vezes. [...] No geral ela foi mais por cada área técnica e depois foi feita a maior para a consolidação. Nesse intervalo, para o fechamento teve a Conferencia Municipal de Saúde, onde foi inclusive aprovado o plano(G:GG; S:F; T:3a; V:C).</i></p> <p><i>Quando da elaboração do plano municipal de saúde, todos os coordenadores de programas estratégicos foram convidados pela Superintendência de Atenção Básica, para inserir dentro do Plano Municipal de Saúde, quais seriam as suas ações, seus objetivos e suas metas para a Promoção da Saúde [...] (G: GG; S: F; T:2a; V: T).</i></p> <p><i>[...] a gente teve até representante [...] representando o conselho [...] na comissão de trabalho do plano [...] então até aonde eu sei existe a participação do controle social, que no caso a [...] é trabalhador de saúde e o [...] é usuário, se você considerar que o [...] tá representado o usuário tem, mais se você considerar que o [...] tá representando a LGBT, é só a LGBT (Risos), não é verdade! [...] (G:NG; S:F; T: 21a).</i></p>
<p>Planejamento com pouca interação entre Gestor e profissional técnico-operativo</p>	<p><i>Cada coordenador ficava responsável só pelo seu programa específico, em nenhum momento foi sentido e feito uma socialização de todos os programas pra cada um contribuir com sugestões pro programa do outro não [...] Eu entendo o seguinte, que é difícil planejar isoladamente pra que o que ta lá na assistência direta à população execute. Então, o desejo era se tivéssemos logística suficiente, provocar as propostas por meio dos profissionais da ponta, que estavam nas unidades básicas de saúde que conhecem melhor a realidade para que eles contribuíssem também com esse processo, mas isso também não foi possível [...] (G:GG; S:F; T:3a;V:T).</i></p>
<p>Planejamento sem a participação</p>	<p><i>[...] podemos dizer assim, uma representatividade mínima de participação. Mais dos profissionais, não exatamente da população [...] (G:GG; S:F; T:3a;V:T).</i></p> <p><i>[...] Dentro do termo de adesão, quando o secretário assina já vem dizendo o que é pra gente fazer, que é a avaliação antropométrica, que é a verificação de peso e encaminhar pra nutricionista as crianças que têm com problema. Avaliação oftalmológica, a avaliação de saúde bucal, quando detectar problemas encaminhar pro dentista, e o resto é a prevenção e a promoção, que são as palestras de saúde mental, de combate ao tabagismo, droga, já vem no planejamento, já vem o que é pra gente seguir, a gente tem que seguir aquilo ali. Mas nada impede de fazer outras ações voltadas pra saúde. Mas pra gente o que vale pra cumprir a meta e prestar contas no final do ano é aquilo que tá escrito no termo (G:P; S:F; T:7m; V:S).</i></p>
	<p><i>Olha a gente se baseia muito, quando você vai fazer um projeto, um plano</i></p>

<p>Planejamento orientado somente no campo da gestão</p>	<p><i>pra se trabalhar essa política de Promoção da Saúde a gente se baseia nos dados que nós temos [...]. Um dos sistemas que a gente usa pra fazer algum projeto, alguma ação é o sistema de mortalidade. Então em cima desse sistema de mortalidade a gente faz uma análise do sistema e vê os tipos de doenças que levam mais à óbito as pessoas. [...] E em cima disso a gente faz o plano [...] (G:GG; S:M; T:3a; V:E).</i></p> <p><i>[...] Isso foi feito em âmbito de gestão mesmo, programas estratégicos, coordenação (G:GG; S:F; T:3a;V:T).</i></p> <p><i>[...] Ele se deu bem na parte da gestão mesmo, né! Algumas áreas técnicas foram envolvidas, programas que tinham mais afinidade, a maioria dos programas na verdade, estratégicos foram envolvidos, mas os trabalhadores em si, não! [...] (G: GG;S: F; T: 7a; V: E).</i></p>
<p>Planejamento orientado para recriação da política Nacional em âmbito local.</p>	<p><i>[...] o que era prioridade para o Ministério da saúde nós trazíamos como prioridade para o município de Boa Vista também, o que tinha de estratégia de âmbito nacional nós municipalizávamos (G: GG; S: F; T: 2a; V: T).</i></p> <p><i>A gestão da Atenção Básica elegeu uma comissão que ficou responsável de ouvir cada coordenador de cada programa estratégico da Atenção Básica, pra que cada um apresente o que é meta pactuada pelo Ministério da Saúde e também o que poderia se incluir, além da meta do pacto do Ministério da Saúde da realidade local e aí depois essa comissão após ouvir os gestores de cada programa consolidou um plano único com todos os programas (G:GG; S:F; T:3a;V:T).</i></p>
<p>Planejamento com enfoque setorial</p>	<p><i>[...] cada coordenador ficava responsável só pelo seu programa específico, em nenhum momento foi sentado e feito uma socialização de todos os programas pra cada um contribuir com sugestões pro programa do outro não (G:GG; S:F; T:3a;V:T).</i></p>

Quadro 7 – Visão dos atores institucionais sobre o processo de tomada de decisões/planejamento das ações de *Promoção da Saúde*.

FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013.

Como pode ser observado no Quadro7, um grupo de representantes governamental e não governamental apontam que o processo de *planejamento foi orientado pela participação de diversos atores sociais*, enfatizando o grau de compartilhamento de decisões entre as áreas técnicas dos programas estratégicos e representantes do controle social. Contudo, outro grupo revela que nesse processo houve *pouca interação entre gestores e profissionais técnico-operativos*. Sobre esse aspecto, convém ressaltar que embora o discurso da representante da gestão (G:GG; S:F; T:3a;V:T) apresente uma preocupação com a interação entre os profissionais que estão no planejamento com aqueles responsáveis pela execução, não foi possível realizar por falta de apoio logístico, assumindo assim, na visão desse sujeito uma outra característica, um *planejamento sem participação*, uma vez que essa atividade é realizada sem a participação de todos os sujeitos envolvidos no processo, se limitando apenas *ao campo da gestão*, cuja finalidade revelada nas falas é a *recriação da política nacional em*

âmbito local, se limitando ao enfoque setorial, pois não foi evidenciado a participação de outros setores como educação, assistência social ou ambiente no processo de planejamento.

Dessa forma, percebe-se a partir da análise de conteúdo, que o espaço de compartilhamento de decisões para a formulação do Plano Municipal de Saúde ocorreu em reuniões semanais no âmbito da gestão. Para facilitar a condução dos trabalhos foi definida uma Comissão para elaboração do Plano Plurianual composta por representantes do grupo gestor e um representante do controle social. Com base nesses preceitos, apresenta-se a visão dos representantes da SMSA e do grupo não governamental sobre a função/missão do setor sob sua responsabilidade na condução do Plano Municipal de Saúde no Quadro 8:

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Transcrição de trechos das narrativas dos entrevistados
Função de Coordenador da equipe	<i>Nós fazíamos a parte de coordenação e consolidação no final (G:GG; S:F; T:3; V:C).</i>
Função de colaborador na elaboração do Plano	<p><i>[...] A missão aqui da coordenação é justamente formalizar, planejar e organizar esse plano. E fazer com que esse plano seja implantado em parceria com outras, eu digo assim, outros departamento na área da saúde como a atenção básica (G:GG; S:M; T:3; V:E)</i></p> <p><i>[...] Colaboradora né? Porque todos os programas eles entram como colaboradores pela questão de... de.. de compor o plano, porque cada programa tem uma ação dentro do plano [...] eu participei porque a Humanização por ser uma política transversal, ela perpassa por todas as outras áreas, então de certa forma eu acompanhei a elaboração do plano, não só da parte que me dizia respeito da..., do programa Viva Mulher, mas na questão da transversalidade da política de humanização (G: GG; S: F; T: 7; V: E).</i></p>
Função de Implementar em âmbito local as metas nacionais	<p><i>Era elaborar as metas locais e implementar as do Ministério da Saúde bem como avaliar o que foi alcançado no plano anterior pra ver se tinha alcançado ou não, porque caso agente não tivesse alcançado a meta do plano anterior, teria que manter, porque não pode reduzir, é... caso tivesse alcançado iríamos aumentar aquela meta, até porque isso facilitaria nos indicadores locais e também contribuiria pra repasse de recursos [...]</i> (G:GG; S:F; T:3;V:T).</p> <p><i>[...] De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde para cada área estratégica, aqui chamamos de programa estratégicos, mas o Ministério da Saúde chama de área estratégica. Então para cada área estratégica que o ministério da saúde colocava como prioridade [...] nós trazíamos como prioridade para o município de Boa Vista também (G: GG; S: F; T: 2; V: T).</i></p>
Apresentar os anseios e desejos do controle social	<i>nós contribuimos na construção do plano plurianual [...] foram as intervenções que nós fizemos no que foi nos apresentado e as intervenções que nós fizemos ao colocarmos nossos desejos e anseios que a secretaria nos fosse transparente, em relação a folha de pagamento a funcionários. Nunca foi feito isso, nós temos uma planilha ali de nº de ofícios não</i>

	<i>atendidos que pode até ser repassado pra vocês, então falar que nós fomos tão participativos nesses planos, não fomos 100% não[...] (G:NG; S:F; T:18a).</i>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 8 – Função/missão do setor sob a responsabilidade dos atores sociais entrevistados na SMSA na condução do plano municipal de saúde.

FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013.

Essa comissão tinha por finalidade, segundo os sujeitos da pesquisa, de coordenar a equipe na elaboração e consolidação do plano, onde cada programa estratégico entrou como colaborador na implementação em âmbito local das metas pactuadas em nível nacional. Nessa direção, a sociedade civil organizada assumiu a função de apresentar os anseios e desejos do controle social, no entanto, no discurso do representante não governamental fica evidenciado que aquele colegiado não foi tão participativo, corroborando com o discurso do grupo governamental em que revela no Quadro7 que a participação dos usuários e sociedade civil organizada no processo de planejamento foi representativa.

Essa participação, mesmo que minimamente, foi orientada em dois níveis: de um lado, para a *conformação da agenda política* e de outro, para a *tomada de decisão*. Sobre esse aspecto, Serafim e Dias (2012) esclarecem que a *agenda política* deve ser entendida como um espaço em que é inserido determinado problema social ao ser identificado como uma expressão da questão social passível de ser convertida em política pública. No entanto, advertem os autores, esse processo não deve ser estritamente técnico, dado que a agenda política é um espaço disputado por distintos atores que fazem parte do jogo político. É na arena desse jogo político existente em cada situação que é determinada quais temas deverão compor a agenda e quais não serão contemplados. Essa disputa política é possível ser observada a partir da análise de conteúdo na fala do representante da Gestão da SMSA:

Na realidade, todos, querendo ou não, todos os coordenadores de programa, a partir do momento que estavam sugerindo os indicadores e as ações, estava de alguma forma contribuindo direta ou indiretamente. E eu percebia que já continha algo já fechado que teria que ser cumprido, ou seja, que não poderia ampliar as possibilidades do plano porque não adiantava, o secretário no período falou assim: temos que realizar conforme nossa realidade local, mas respeitando as prioridades do pacto do Ministério da Saúde. Então não teve muito espaço pra discussão, nem nada disso não [...] (G:GG; S:F; T:3a;V:T).

Esse processo desvela o caráter contraditório dos membros da comissão no processo de planejamento e materialização da política de Promoção da Saúde, cuja participação

também foi orientada para a tomada de decisão. De acordo com Serafim e Dias (2012, p. 129) “os conflitos referentes a qualquer processo de tomada de decisão estão sujeitos à influência daqueles que detêm poder sobre ela e que buscam criar ou reforçar valores sociais e políticos e práticas institucionais”. Assim, o processo de tomada de decisão depende da relação de poder e dos conflitos que dele decorrem, onde alguns assuntos são priorizados na agenda governamental a fim de serem efetivamente implementados. A conformação do processo de tomada de decisão é observada no trecho da fala do representante da gestão da SMSA/BV a seguir:

[...] sempre a gente procurava ver a parte do que realmente era função de cada setor, do que deveria estar constando nos planos, porque várias cabeças pensantes, a gente tem sempre que tá dando o norte de coisas, serviços, ou algumas outras coisas que iam ficando de fora a gente sabia que não tava implantado, que faltava implementar, como implantar, a gente dava sempre aquele toque pra que fosse inserido [...] (G:GG; S:F; T:3a; V:C)

Segundo relato dos entrevistados, a tomada de decisão da equipe estratégica da SMSA dentro de seus setores, de modo geral, não se dá de forma articulada entre os técnicos, levando-se em consideração, na maioria das vezes, as decisões do secretário. Desse modo, a maioria dos representantes da gestão revelou (Quadro 9) que o embasamento legal para a tomada de decisão e programação das ações ocorre com o levantamento das condições de saúde da população a partir da base nacional, seja o DATASUS, o SISCOLO, o SISMAMA, dentre outros; levantamento do perfil epidemiológico e pesquisa documental. Assim fica claro que os parceiros não participaram dessa fase política.

Outro ponto a ser analisado é quando se confronta o conceito de *Promoção de Saúde* com os instrumentos utilizados para a tomada de decisão, observa-se que foi dado mais ênfase aos dados epidemiológicos do que aos múltiplos determinantes e condicionantes sociais de saúde, prevalecendo ações curativas e preventivas de doenças em detrimento a Promoção de Saúde.

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Transcrição de trechos das narrativas dos entrevistados
<p>Pesquisa como instrumento para identificação do problema local</p>	<p><i>[...] foram feito os levantamentos das situações de cada localidade, de cada base, de cada hospital. O perfil epidemiológico e dentro disso foi visto e foi exatamente ajustado a situação da época. Essa atividade era feita em forma escrita, porque eles faziam os relatórios dele. Eles se baseavam nesses relatórios e com base nessa programação é que iria programar as metas que o</i></p>

	<i>próprio Ministério preconiza e que eles tinham que ajustar a nossa realidade. [...] (G:GG; S:F; T:3a; V:C)</i>
Levantamento das condições de saúde da população a partir da base nacional	<p><i>[...] Na realidade essa não foi uma demanda específica de Roraima, isso foi uma demanda do Ministério da Saúde em nível de Brasil [...] como a saúde do idoso pela primeira vez tinha que indicar uma meta a ser trabalhada, eles fizeram uma pesquisa diante das morbidades e mortalidades em âmbito nacional [...] Então, isso partiu do Ministério da Saúde que provocou os municípios pra que pudessem discutir a partir da realidade local e investigar [...] qual é o índice de idosos internados por fratura de fêmur. [...] Fiz um levantamento por meio do DATASUS que é um sistema de informação com o número de internação, número de óbito locais, que inclusive Roraima nesse aspecto da pessoa idosa não estava bem alimentado [...] com informações fidedignas [...] procurei por iniciativa própria, a coordenação Estadual de Saúde do Idoso para que ela, por meio de documento também, fizesse um levantamento desses registros nos hospitais. E foi muito difícil porque essas informações não foram fidedignas, porque não tinha uma separação de idosos oriundos do interior do Estado e idosos oriundos de Boa Vista, então o que acontecia? não eram informações fidedignas porque o programa era de Boa Vista. [...] Outro fator importante também foi [...] as pesquisas bibliográficas em relação de entender o que levava esse óbito ou a mortalidade devido a fratura de fêmur e o que provocava essas quedas. Tudo foi investigação [...] (G:GG; S:F; T:3a;V:T).</i></p> <p><i>Com base naquilo que era prioridade do Ministério da Saúde e com base nos dados epidemiológicos, nesse caso, a gente tinha por exemplo, é... no caso da violência, você tem o sistema de mortalidade que te dá as informações de mortalidade no município. Com base nisso, a gente traz a violência como uma das prioridades [...] (G:GG; S:F; T:2a;V:T).</i></p> <p><i>Coleta de dados, que é coletado pelo profissional que trabalha lá na ponta na atividade de unidade básica de saúde que é [...] inserido no sistema faz a consolidação desses dados e em cima disso a gente analisa pra obter as informações que nós queremos [...]. O sistema nacional de agravo, ele pega essas informações, ele faz essa consolidação, depois a gente faz um filtro pra analisar né, aí faz o filtro e tira o que na verdade a gente vai precisar, utilizar pra tá desenvolvendo nossas ações(G:GG; S:M; T:3a; V:E).</i></p> <p><i>Dados epidemiológicos! Assim, a gente tem um sistema né! Pelo VIVA MULHER tem um sistema. Tem o SISCOLO e o SISMAMA. O SISMAMA não tava ainda funcionando à época de forma adequada, mas de qualquer forma tinha a vigilância que nos indicava os números de casos de câncer, entre outras coisas claro que a gente fazia reuniões com as equipes de saúde [...] e cada um relatava, por exemplo, quais eram os principais problemas da sua área [...] Então, além dos dados epidemiológicos ali concretos a gente tinha também esse outro, essa outra forma de informação, esse indicador que é, são as próprias equipes que acompanham o dia a dia da sua comunidade. [...]. Os dados epidemiológicos e os outros mais relatos né. (G: GG;S: F; T: 7a; V: E)</i></p>
Já vem imposta da SMSA	<i>[...] elas não dependem de nós. É lá da SMSA. [...] A gente não participa do processo de decisão não. Já vem prontinho só pra gente executar(G:P; S:F; T:7m; V:S)</i>

Quadro 9 – Instrumentos ou meios que foram utilizados para que os problemas/demandas chegassem ao conhecimento da equipe técnica.

FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013

Em função da complexidade do processo de recriação em âmbito local da *política de Promoção da Saúde*, embora alguns representantes da gestão considerem dispor de autonomia para a decisão, observa-se no discurso dos entrevistados o limite desta autonomia para decidir, uma vez que chamam a atenção para o cuidado que tem nessa ação, principalmente quando se trata de questões relacionadas às diretrizes, aos objetivos e as metas dentro de cada programa, inseridos na agenda política da instituição:

[...] cada região tem as suas especificidades, então, a gente procurava fazer a nossa realidade. O que preconiza o ministério da saúde, mas dentro da nossa realidade, porque tudo é baseado em portarias [...] (G:GG; S:F; T:3a; V:C)

Olha, eu tive autonomia mais não totalmente. Porque dependia de outras pessoas, porque o plano ele envolve muitas coordenações, muitos setores na área da saúde [...]. Então minha autonomia não foi total eu dependia de outras pessoas. A partir da realidade local como eu tinha falado anteriormente né, a gente faz uma análise, tudinho da situação, do município pra você trabalhar o plano né. Porque você não pode fazer uma ação aleatória, então você tem que focar em alguma coisa que mais acomete a saúde da população. Aí você se baseia na faixa etária, na área geográfica, então tudo isso envolve pra você fazer determinada ação (G:GG; S:M; T:3a; V:E)

[...] a comissão na realidade tava mais como facilitadora e mediadora, mas o poder de decisão em todo o momento era dos coordenadores e do secretário [...] (G:GG; S:F; T:3a;V:T)

Sim, sim! [...] a comissão primeiro ofertou algumas ferramentas pra que cada programa pudesse tá colocando seu planejamento ali dentro, as suas metas etc..., e depois a comissão recebia, organizava, encaminhava todo o material. [...] por que o plano é padronizado né, tudo tem uma sequencia: as diretrizes, os objetivos e as metas dentro de cada programa. Então com certeza, não teve nenhum problema referente a isso (G: GG;S: F; T: 7a; V: E)

De todo o explicitado, as principais demandas referentes a Promoção da Saúde inseridas na agenda política estão relacionadas as especificidades econômicas e sociais. Nesse ponto, vale lembrar que para que haja uma gestão ancorada na sustentabilidade socioambiental, é necessário considerar conforme esclarece Sachs (2001) no mínimo os aspectos econômicos, sociais, culturais, ambientais e político. Outro ponto a ser considerado no processo de tomada de decisão refere-se aos eixos da Agenda 21 brasileira que recomenda a incorporação da dimensão ambiental e a efetiva participação da sociedade como princípios basilares para a sustentabilidade da gestão das ações públicas. Sendo assim, indica para a

administração pública o fomento de novas metodologias de gestão, a fim de estimular a participação da sociedade no planejamento e na gestão, assim como, promover a integração entre as políticas urbanas e rurais numa perspectiva de desenvolvimento sustentável.

Nestes termos, as demandas socioambientais priorizadas na agenda política da SMSA foram categorizadas no Quadro 10 a partir da análise de conteúdo contido nas explicitações dos representantes governamentais da seguinte forma:

<p>Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo</p> <p style="text-align: center;">Questão Socioambiental Alvo</p>	<p>Transcrição de trechos das narrativas dos entrevistados</p>
<p style="text-align: center;">ECONÔMICO</p>	<p><i>Além do financeiro leva em consideração a realidade local, o perfil epidemiológico, tudo é levado em conta. Porque depende por exemplo, hoje nós estamos confortável do número de, nem sei se tá mais, mas no mês passado tava. O número de dengue. Mas nem sempre, de repente pode haver uma epidemia, como vários estados tão aí com números absurdos. Então isso aqui é sempre flexível em relação as várias patologias que nesse intervalo todo ele aparece, vai surgindo. Época de inverno, isso contribui de mais. Toda e qualquer ação que foi feita tem que ser repensada. Então tudo isso são ajustes de metas que tem que ser vista ao longo do tempo. Então como se faz pra 4 anos, o primeiro ano, no segundo ano já pode rever a realidade que você tinha programado há dois anos atrás. Então com isso já vê a necessidade de fazer também esse ajuste e isso vale pra os quatro anos (G:GG; S:F; T:3; V:C).</i></p>
<p style="text-align: center;">SOCIAL</p>	<p><i>[...] Então o objetivo era reduzir a morbidade para consequentemente reduzir a mortalidade devido a quedas. A estratégia era trabalhar, a maioria das estratégias de promoção e prevenção, nós elaborávamos, mas quem executava era as equipes da Estratégia em Saúde da Família, os médicos, os enfermeiros, os Agentes Comunitários de Saúde, e os demais é... nós elaborávamos e eles executavam [...] (G:GG; S:F; T:3;V:T).</i></p> <p><i>Na época da elaboração do plano, se eu não me engano, foi é... trabalhar a cultura de paz e não violência, a gravidez na adolescência, a questão das drogas. Também... vou dizer combate, mas não é combate, é trazer a informação sobre o uso indevido de droga, álcool e outras drogas na adolescência [...] (G:GG; S:F; T:2;V:T).</i></p> <p><i>[...] talvez não especificamente o de colo de útero, porque ele tem mais uma relação referente à questão do HPV do que as questões das doenças não sexualmente transmissíveis, mas o da mama principalmente NE. Da mama ele já tá mais afeito a essas questões da promoção de saúde, como sedentarismo, alimentação, o fumo etc. (G: GG;S: F; T: 7; V: E).</i></p>
<p style="text-align: center;">AMBIENTAL</p>	<p><i>[...] Então na época em que foi elaborado o plano, não foi chamado a atenção pra esses aspectos. Porque nessa época pouco se discutia ou se tinha esse entendimento de que os aspectos ambientais acarretavam gravemente problemas de saúde (G:GG; S:F; T:3;V:T).</i></p>
<p style="text-align: center;">CULTURAL</p>	<p>Não foi priorizado.</p>

NÃO SOUBE RESPONDER	<i>Mas assim, uma das dificuldades que nós encontramos, eu não sei nem te responder essa pergunta aí (G:GG; S:M; T:3; V:E).</i>
----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 10 – Principais demandas/problemas referentes à *Promoção da Saúde* priorizados no Plano Municipal de Saúde (2010-2013) na visão dos proponentes.

FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013.

Diante desses dados, verifica-se a necessidade dos atores institucionais ficarem atentos aos eixos que direcionam a *política nacional de Promoção da Saúde*, que contempla dentre outros, como já foi mencionado no Capítulo 1, ações voltadas para o desenvolvimento sustentável. Verifica-se ainda, segundo o discurso dos representantes governamentais, a fragilidade no diálogo entre as dimensões da sustentabilidade e a formulação das políticas de saúde, devido à falta de transetorialização das políticas com foco na sustentabilidade socioambiental. Dessa forma urge a necessidade do gestor social está em sintonia com o tempo presente, em que a complexidade da questão socioambiental demanda das políticas públicas uma articulação em rede, onde essa sinergia deve ser pautada nos princípios da solidariedade, subsidiariedade e da participação a fim de fortalecer a democracia efetiva.

Para isso, Akerman (2005) indica a necessidade de buscar novos conceitos e práticas que superem o tradicional desenho das políticas sociais. Como já foi mencionado neste estudo, é preciso superar com a centralidade, burocracia, setorialização e desarticulação das ações. Inovar nesse sentido seria formular a política de Promoção da Saúde de forma integrada às demais políticas, ultrapassando a esfera setorial por meio de alianças intersetoriais. Adotar uma gestão flexível, “baseada na necessidade, na oferta e na demanda, em vez de basear-se em um padrão de ofertas, assistencialista e compensatório [...] que mobilizem novos recursos; que tenham mecanismos de controle social pelos cidadãos beneficiados das políticas e que tenham monitoramento e avaliação” (DE FRANCO, 2004 *apud* AKERMAN, 2005, p. 41).

Pensar nessa *lógica da gestão social em rede* é compreender que os “problemas sociais embora se manifestem setorialmente, sua solução depende de mais de uma política” (FLEURY; OUVÉNEY, 2007, p. 33), ou seja, de uma ação que considere o homem em sua totalidade como ser integral, demandando da gestão uma conjugação das políticas e programas setoriais de forma compartilhada. Isto não significa, afirma Carvalho (1999), que o Estado perca sua centralidade enquanto órgão gestor e responsável pela qualidade da operacionalização dos serviços sociais. Sua responsabilidade se reordena para o papel de

negociador capaz de incentivar e articular ações conjuntas, assumindo o controle e avaliação dos serviços prestados pelas instituições parceiras. Sob essa ótica, buscou-se conhecer a percepção dos representantes governamentais que atuam na *Estratégia em Saúde da Família* sobre a articulação intersetorial da saúde com outras políticas ou outros setores durante a operacionalização das ações referente à Promoção da Saúde. As respostas do grupo técnico-operativo foram categorizadas e apresentadas no Quadro 11:

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Transcrição de trechos das narrativas dos entrevistados
Mobilização/disponibilização dos parceiros em casos específicos	<p><i>Em alguns casos, como na execução das atividades do PSE, Programa Saúde na Escola, onde contamos com a colaboração da Secretaria Municipal de educação. Contamos em algumas ações com a colaboração da comunidade acadêmica, alunos de medicina e enfermagem da UFRR (G:GT; S:F; T:11a; V:E)</i></p> <p><i>[...] no caso da escola né, a gente vai com o diretor organiza o evento, agenda, eles repassam para os alunos aí a gente conta com eles nessa ação [...] Quando a gente vai fazer alguma coisa a gente pede ajuda de alguma instituição. Mas não é fixa. Temos com a educação porque foi implantado o Programa Saúde na Escola né. E é assim, a gente tem parceria com as escolas [...] (G:GT; S:F; T:5a; V:T)</i></p> <p><i>[...] o Programa Saúde na Escola, tem as metas deles, da gente fazer né, verificação de pressão, vê, medir as crianças, pesar, eles tem alguns tema lá dentro(G:GT; S:F; T:10a; V:T)</i></p> <p><i>Às vezes a gente faz aqui mensalmente um café da manhã com os idosos. Então a gente procura parceria, vai no mercantil pega uma coisa, pega outro, essa questão ligada pra, é mesmo da alimentação [...] (G:GT; S:M; T:7a; V:CLT)</i></p>
A parceria como uma estratégia para Promoção da Saúde	<p><i>[...] a gente já tem estratégia pra desenvolver esse acompanhamento, por exemplo, [...] quem participa do Bolsa Família tem obrigatoriamente, sua obrigações com a relação a educação e saúde [...] essa estratégia a gente cria dentro da própria unidade de saúde [...]. O PSE, [...] até ano passado a gente planejava educação com saúde então a gente tinha já um plano de ação anual, que a gente vinha desenvolvendo, porque também é um trabalho contínuo (G:GT; S:F; T:3a; V:E)</i></p> <p><i>Aqui nós participa com esse negocio só da Bolsa Família que o pessoal daqui da área vem se pesar né. [...] e a enfermeira que vai muito ali na Escola Maria Gonçalves, já tem educação e saúde lá, entre aqui, o PSF e lá a escola (G:GT; S:F; T:13a; V:CL)</i></p> <p><i>[...] Com os CRAS e com as escolas por meio do PSE [...] Quando a gente tem um problema que é social a gente encaminha pro CRAS, porque aqui não tem assistente social, nem psicólogo. Tem parceria também, as vezes você se junta com organização, assim comunitária né [...] (G:GT; S:F; T:10a; V:P)</i></p>
Ações desenvolvidas sem parceria	<p><i>Nós não temos nada disso! E tudo isso eu tenho intenção de formar, mas é como eu tô te dizendo, ninguém tem tempo pra me ouvir [...] (G:GT; S:F; T:1a.2m;V:T)</i></p> <p><i>Não! Não com minha participação, [...] eles tem utilizado outros profissionais de outras áreas(G:GT; S:M; T:10a; V:S)</i></p>

	<p><i>Não tem não!</i> (G:GT; S:F; T:9a; V:T)</p> <p><i>Não, só se for um evento grande, mas se for um evento só de equipe. É porque esse é um trabalho só da equipe mesmo, entendeu?</i> (G:GT; S:F; T:17a; V:T)</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 11 – Percepção dos atores institucionais sobre a articulação intersetorial durante a operacionalização das ações de Promoção da Saúde.

FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013

É possível analisar a partir das falas dos entrevistados que a *mobilização ou disponibilização* dos parceiros para o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde pela equipe da Estratégia em Saúde da Família ocorre em ações específicas. Identifica-se no relato dos sujeitos o reconhecimento desse grupo de profissionais, que para alcançar resultados em situações complexas, demandam da interação da saúde com a política de educação e assistência social, considerando o cidadão na sua totalidade em diferentes aspectos da sua vida cotidiana. Nestes termos a mobilização social e a *intersectorialidade* se revelam *como estratégias* para efetivação das ações de Promoção da Saúde.

Nestes termos, concebendo a saúde a partir de seu conceito ampliado, como foi explicitado no capítulo 1, a qual é concebida como resultante das condições de vida, trabalho, educação, moradia, saneamento básico, dentre outros determinantes sociais da saúde, entende-se que a *estratégia da intersectorialidade* no enfrentamento desses problemas complexos é um meio e não um fim em si mesmo para produzir a Promoção da Saúde. Isto significa que as políticas setoriais precisam desenvolver suas intervenções de forma conjunta e articulada com outros setores ou órgãos públicos, pois isoladamente tais instituições não conseguem responder essas demandas que lhes são apresentadas.

Embora a consciência da intersectorialidade esteja presente nas ações de Promoção da Saúde desenvolvida pela Estratégia em Saúde da Família-ESF no município de Boa Vista, observa-se no discurso de um pequeno grupo técnico-operativo a realização das atividades *sem parceria* com outras políticas sociais ou sociedade civil. Depreende-se que esse grupo encontra obstáculos para a superação da atuação setorial, seja pelo fato da estrutura rígida das instituições, seja pela formação profissional que responde mais às necessidades da sua especialização, na divisão sociotécnica do trabalho, do que às necessidades da população alvo das ações.

Assim, a construção desse modelo de gestão intersetorial pressupõe uma decisão clara e precisa dos distintos atores sociais, na identificação e na análise dos problemas e necessidades de um dado território. Sob essa ótica, buscou-se conhecer quais foram os

critérios utilizados pela SMSA/BV na seleção de seus parceiros para o desenvolvimento das ações referente à *Promoção da Saúde*. Os critérios dessas parcerias estabelecidas para realização de uma gestão em rede foram categorizados e apresentados no Quadro 12:

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Transcrição de trechos das narrativas dos entrevistados
Colaboração esporádica	<i>eu acho que era a necessidade mesmo de resolver problemas. Tipo, o nosso maior problema era dengue e malária nessas intervenções, para agilidade dessas intervenções. Então era correr atrás(G:GG; S:F; T:3a; V:C).</i>
Interesse comum em atividade específica	<p><i>[...] o critério era ambas as instituições desejarem fazer a coisa [...] era conforme os interesses de cada plano [...] Então é assim, foi feita uma identificação, a princípio foi identificado que não existe rede. Os serviços não são pactuados, existe ações isoladas [...] (G:GG; S:F; T:3a;V:T).</i></p> <p><i>[...] Era a necessidade deles, a necessidade nossa e não era uma parceria firmada formalmente, era muito informal [...] (G: GG; S: F; T: 2a; V: T).</i></p>
Experiência	<p><i>[...] dependendo da ação que nós formos fazer, aí a gente tenta buscar o parceiro ideal pra aquela ação [...] (G:GG; S:M; T:3a; V:E).</i></p> <p><i>[...] Na verdade o critério era esse, a capacidade que aquela entidade tinha ou potencial, digamos assim, de auxiliar na execução do projeto (G: GG;S: F; T: 7a; V: E).</i></p> <p><i>[...] os critérios é assim, no caso ela selecionou as escolas da prefeitura pela faixa-etária. Esse ano no termo de maio, o que inovou foi que é obrigatório incluir as crianças que tinham a partir de três anos, então no Estado não tem, só na Prefeitura. Então, os critérios é por idade, eles querem atingir aquele público, que hoje é de três a doze anos que tá o público todo dentro da Prefeitura [...] (G:P; S:F; T:7m; V:S).</i></p>

Quadro 12 – Critério para o estabelecimento de parcerias (redes) para o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde.

FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013.

Observa-se nas falas dos entrevistados que os critérios para o estabelecimento de parcerias da SMSA/BV com outras instituições no desenvolvimento das *ações de Promoção da Saúde* por meio da ESF foram à *colaboração esporádica*, o *interesse comum em atividades específicas*, e a *experiência da instituição na área de atuação* em que se apresentava a demanda. No entanto, a forma do estabelecimento dessas parcerias se deu na informalidade. Sobre esse aspecto, convém ressaltar que a intersetorialidade conforme Mendes e Akerman (2007) é uma prática social que não se opera via decreto ou organograma. Para os autores, esses elementos não podem ser concebidos como ponto de partida, até porque a intersetorialidade não inclui apenas a ação intersecretarial, além dos setores governamentais

devem ser incluídos os setores privado e não governamental. É nesse contexto de estabelecimento de vínculos horizontais que se insere a gestão em rede.

Nesse sentido, a fim de verificar a articulação em rede intersetorial da gestão social das ações de Promoção da Saúde, questionou-se aos representantes governamentais quais seriam as estratégias operacionais para que ocorra uma gestão em rede. Observe as respostas que se seguem:

Primeiro existir rede! [...]. Por que rede teria que ter uma trama de pactuação entre os gestores, como fala Faleiros né [...] Na minha opinião para existir rede teria o quê? Que o seguimento idoso, o seguimento mulher, que o seguimento homem, criança e adolescente, ele é biopsicossocial. Se ele é biopsicossocial, ele tem que ter todas as políticas de forma intersetorial pactuadas [...] (G:GG; S:F; T:3a;V:T)

Por exemplo, essa parceria da Atual e com a Cathedral, é assim, da Cathedral um professor da disciplina de Saúde Coletiva fez pós graduação comigo e eu já fiz a articulação. A Atual eu fui lá, vendi meu peixe e disse o quê que eu poderia tá levando pra eles. Mas a gestão em si, o gestor ele não pactua. Pra que tudo dê certo é necessário que exista as redes tá, por exemplo, se eu tenho uma criança que sofreu abuso sexual dentro da família, eu tenho que ter estabelecido uma rede pra saber o quê que vou fazer com essa criança, não vai ser a enfermeira em si que vai trazer o problema pra si não. Tinha que existir essa rede. Então, na maioria dos nossos problemas não existe as redes, por exemplo o idoso que a nora bate nela, o idoso que o filho fica com todo o dinheiro da mãe. O que é que eu vou fazer? [...] Eu vou absorver esse problema porque não existe uma rede que me ajude a resolver o problema? Então quando eu detecto um problema, a solução não tem que vir só do governo, nem só minha. É a sociedade em si que tem que tá ajudando. [...] É aí onde serve as redes, justamente pra ajudar a gente a desatar esses nós, pra saber pra quem eu tenho que mandar e qual é a conduta de cada um. Até onde vai meu limite nesse problema, o quê que eu posso cooperar (G:GT; S:F; T:11a; V:E).

a rede que a gente forma, mais é dentro da nossa área. Eu procuro resolver os problemas da área que é estrategicamente dividida né! E contando com outros órgãos né, porque tipo assim, tem um problema que a gente precisa do CRAS, do Hospital da Criança, do Hospital Coronel Mota Mas assim, é limitado pra nossos pacientes, como são três equipes cada um trabalha dessa forma né pra resolver os problemas dos pacientes [...] a gente tem, digamos que é um fluxograma né, Isso já é definido né. Dependendo do problema do paciente a gente procura a solução definida né (G:GT; S:F; T:5a; V:T).

Observa-se no discurso do representante da gestão da SMSA/BV que primeiramente urge a necessidade do gestor da saúde formar uma pactuação entre as políticas de forma

intersetorial. Embora o ponto de partida para uma rede não se limite a um decreto ou organograma, a ausência de pactuação entre os distintos setores podem limitar o funcionamento/conexão da rede, ocasionando conseqüentemente o baixo envolvimento dos parceiros com o programa, falta de confiança no compartilhamento de recursos financeiros e materiais e diferenças operacionais entre as parcerias, limitando a sustentabilidade das ações.

Entretanto, não existe um único padrão de atuação para as redes de gestão, pois estas, como revelou Bourguignon (2001), podem ser redes sociais espontâneas, corroborando com o relato dos representantes do grupo técnico operativo, em que *a rede é formada dentro da própria área de atuação* engendrada a partir da rede de relações interpessoais. Contudo, nos relatos pode-se observar a existência de uma rede de serviços, que em alguns momentos é desarticulado e sem transmissão, incompleta e de difícil acesso. Assim, pode-se dizer que a gestão em rede desenvolvida pela SMSA/BV se dá a partir de iniciativas isoladas que dependem da interpretação de um profissional para outro.

Com base nas informações obtidas na análise documental e nas entrevistas, é possível visualizar que, embora a interação entre os distintos setores da sociedade seja fragilizada, é possível inferir que a programação das *ações de Promoção da Saúde* desenvolvida pela ESF é organizada em rede, uma vez que se constatou uma relação de interdependência entre os diferentes níveis administrativos e de horizontalidade entre os principais gestores da política (União, Estado, Município), os quais são autônomos e interdependentes, trocam recursos e compartilham interesses comuns. Dessa maneira, o Ministério da Saúde assume a função de deliberar o desenho e a implementação da política de Promoção da Saúde, atuando na coordenação política e na articulação entre os entes federados. O Ministério da Educação apoia a implementação da Promoção da Saúde por meio do *Programa Saúde na Escola*¹⁵, cuja finalidade é contribuir com a formação integral dos estudantes da rede pública da Educação Básica, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. O Estado assume o papel de apoiar a implementação do programa nos municípios sob sua jurisdição, promover a articulação das ações complementares e assegurar o caráter intersetorial do programa. O município é o principal gestor do programa e deve estar articulado aos demais entes federados no que tange ao controle e avaliação e aos diversos órgãos e entidades. Cabe ao município assegurar a oferta de serviços essenciais à saúde e, também, viabilizar a oferta de ações complementares, além de repassar, periodicamente, informações referentes ao cumprimento

¹⁵O Programa Saúde na Escola foi instituído pelo Decreto presidencial nº6.286 de 5 de dezembro de 2007;

de condicionalidade ao Ministério do Desenvolvimento Social (Bolsa Família), MEC e MS. A figura 2 ilustra essa compreensão:

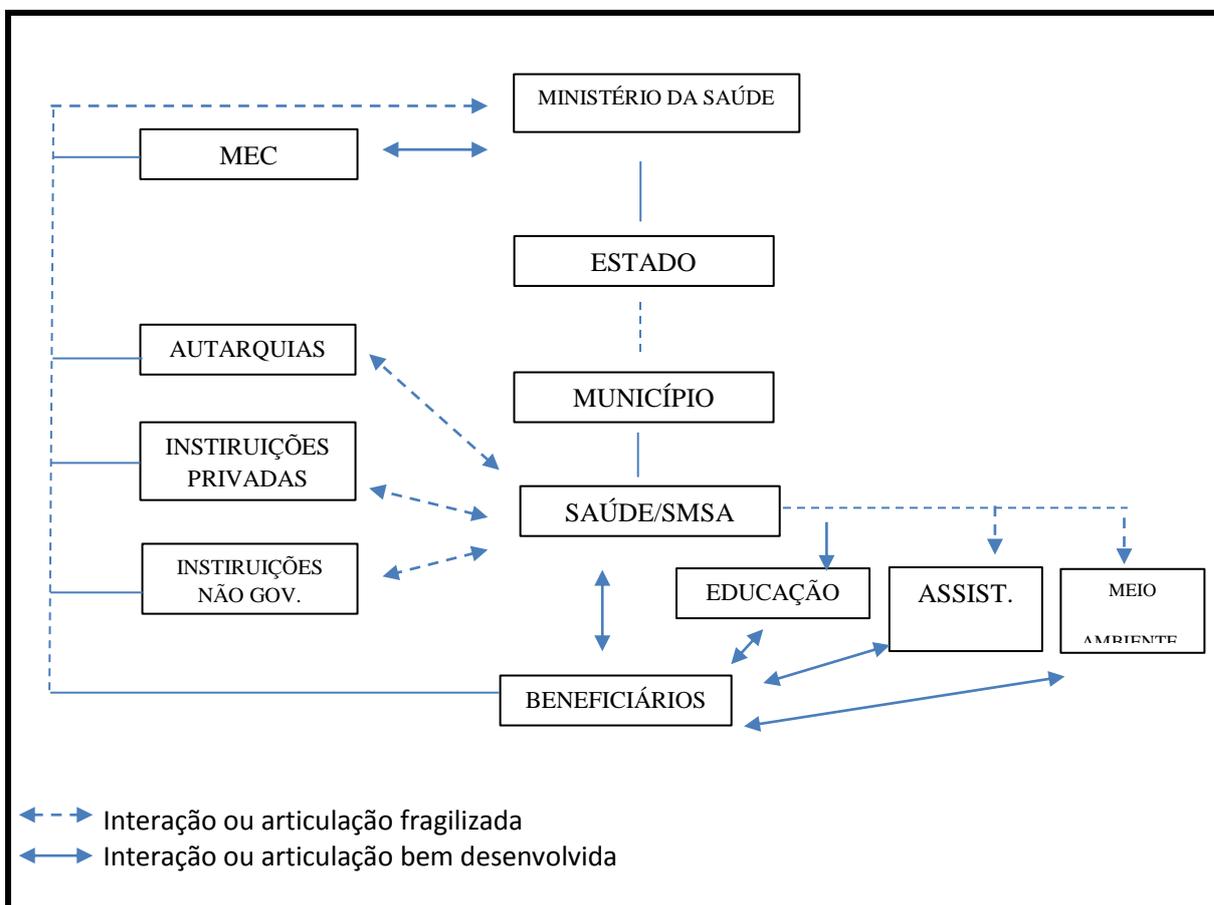


Figura 2 – Composição da rede na ESF e interação entre os principais atores

FONTE: Elaboração da pesquisadora baseada na análise documental e pesquisa de campo realizada em 2013.

Diante desses dados, considera-se que a sinergia e articulação dos atores da gestão em rede da SMSA/BV necessita ser mais qualificada, no sentido de fomentar a organização de estratégias intersetoriais, integradas e participativas de gestão em saúde. Observa-se que não existe uma articulação entre diversos atores sociais para a Promoção da Saúde. O que existe são instituições governamentais da área da saúde, educação, assistência social, dentre outras, que atuam separadamente e quando existe uma necessidade em particular, atuam de forma integrada. Essa integração, como pode ser observada nos relatos dos Quadros 11 e 12 se dá em situações específicas e esporádicas, definidas por um determinado setor. Essa forma de atuação em rede traz como consequências: a setorialização, a fragmentação das ações dos

diferentes serviços e fluxos, indefinição de papéis, duplicidade de ações, descontinuidade no atendimento e indefinição de porta de entrada.

É válido ressaltar, segundo Inojosa (2006), que em se tratando de redes pode-se dizer que:

[...] essas são o próprio tecido constitutivo da sociedade, engendrado desde as redes sociais pessoais. Em princípio, a rede é parceira, e essa parceria pode articular famílias, estados, organizações públicas e/ou privadas, pessoas físicas e/ou jurídicas. Pode, portanto, envolver e promover relações interpessoais, interorganizacionais, assim como relações transnacionais e transeitoriais (INOJOSA, 2006, p. 245)

Pelo exposto, pode-se evidenciar que uma gestão em rede resulta da necessidade de “introduzir novas e melhores tecnologias de gestão e que alcance padrões consistentes de eficiência, produtividade e justiça nas políticas estatais” (NOGUEIRA, M.A., 2011, p. 64). Nesse sentido, buscou-se conhecer se a SMSA/BV adotou alguma inovação na área de planejamento e gestão entre os anos de 2010 a 2013. As respostas dos representantes da gestão foram categorizadas e apresentadas no Quadro 13:

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Transcrição de trechos das narrativas dos entrevistados
Sem inovação	<p><i>Infelizmente não</i> (G:GG; S:F; T:3a; V:C).</p> <p><i>Não. Primeiro, falta de recursos tecnológicos [...]</i> (G:GG; S:F; T:3a;V:T).</p> <p><i>Não, eu desconheço</i> (G: GG;S: F; T: 2a; V: T).</p> <p><i>Não adotou não, nenhuma inovação</i>(G:GG; S:M; T:3a; V:E).</p>
Inovação no Planejamento	<p><i>[...] eu não saberia te responder especificamente, eu sei te dizer assim, que mudou, tem mudado a forma de planejamento, a forma de avaliação, principalmente a forma de avaliação e monitoramento das ações, elas tem mudado, assim, tem evoluído um pouquinho, mas especificamente assim, na área de planejamento, foi feito oficinas de planejamento estratégicos [...]</i> A forma dos relatórios, eram trimestrais agora são quadrimestrais [...] que facilita que você acompanhe efetivamente o que tá sendo feito (G: GG; S: F; T: 7a; V: E)</p>

Quadro 13 – Inovação na área de planejamento e gestão no período de 2010-2013 .

FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013

Percebe-se por meio da análise de conteúdo que não existe um consenso entre os representantes da SMSA/BV sobre a adoção de inovação na área de gestão e planejamento. A

maioria dos gestores não reconhecem as mudanças apresentadas pelo sujeito G:GG; S:F; T:7a; V:E como inovação no período estudado. Do exposto fica evidente que o modelo de gestão social adotada pela SMSA/BV ainda funciona com ritmos burocráticos, levando-a agir “no curto prazo sem horizontes largos, quase no escuro. Veem-se envoltas numa malha que, de certa forma, excita-as e, de certa forma, paralisa-as” (NOGUEIRA, M.A., 2011, p. 129).

Com relação ao processo de condução das ações em tempo de crise, observa-se um consenso entre os representantes da SMSA/BV na conduta tomada para colocar em prática as metas traçadas, dentre elas a *priorização das ações* em detrimento de outras e o fomento de parcerias com a *rede de serviços* disponível no município, como pode ser visualizado no conteúdo dos relatos a seguir:

[...]Infelizmente fica prejudicado, porque aí vai passar a fazer a prioridade, a prioridade da prioridade [...] (G:GG; S:F; T:3a; V:C).

[...] olha, nos momentos de crise é meio complicado mas assim, gerir o pouco que se tem da forma que se pode [...] *É o controle, não tinha outra forma* (G: GG; S: F; T: 7a; V: E).

[...] E aí começamos a dizer que pra não ficarmos sem alcançar as nossas metas iremos atrás de parceiros [...] (G:GG; S:F; T:3a;V:T).

As parcerias. A gente utilizava pra realizar o nosso trabalho minimante aquilo que não gerava custo pra gente(G: GG;S: F; T: 2a; V: T).

[...] a gente recorre justamente as parcerias aí pede ajuda daqui pede ajuda dali, pra poder colocar em pratica porque se depender daqui mesmo só dos nossos recursos porque a burocracia ele impede um pouquinho [...] (G:GG; S:M; T:3a; V:E)

Nesse ponto é importante salientar que a *Promoção da Saúde* é um campo que permite a integração e a articulação em rede de diversos setores, onde a eficácia dessa política, conforme indica Junqueira (2003, p. 8-9):

[...] não depende apenas da vontade política de quem tem o poder e mesmo dos recursos disponíveis, da transferência de poder independente de quem o recebe. Mas de um projeto articulado com outras políticas sociais, incorporando atores individuais e institucionais públicos e privados, para mudar a lógica da gestão.

Nesse sentido, o estabelecimento de uma gestão em rede significa uma transformação de ideias sobre organização social com vista a desatar os nós constitutivos das relações complexas que envolvem a questão socioambiental. Entretanto, a insuficiência das parcerias para a realização das ações de promoção de saúde pelas equipes da Estratégia em Saúde da Família no município de Boa Vista pode ser revelada nos relatos a seguir:

Não! Para trabalharmos de forma eficaz e resolutiva, como eu falei era necessário ter uma pactuação entre os gestores. Como não existia essa pactuação, eram ações pontuais que tinha início, meio e fim. Não tinha a cultura de que todo ano ou todo mês seriam realizados aquelas ações (G:GG; S:F; T:3;V:T)

Não. Não eram, não eram por conta do que te falei, era muito paliativo. Não tinha continuidade, não tinha processo de continuidade [...](G: GG;S: F; T: 2; V: T)

claro que não [...] Na realidade nós só funcionamos se entenderem que uma Estratégia em Saúde da Família ela não é só feita por um enfermeiro, médicos, agentes e os técnicos [...] Se você não partir desse princípio, nunca vamos ter uma Estratégia em Saúde da Família ideal (G:GT; S:F; T:3; V:E) nunca é suficiente. Porque a demanda é grande. Por exemplo, no Coronel Mota a gente tem um problema que a gente necessita resolver determinado problema do paciente com urgência né. É assim, às vezes a gente consegue resolver com menos tempo, mas tem consulta que demora três meses(G:GT; S:F; T:5; V:T) -07)

Não! Porque não consegue atingir o público que a gente gostaria né. Porque o CRAS é resumido, a escola na minha área não tenho né. Então eu não tenho, não é suficiente (G:GT; S:F; T:10; V:P)

A partir dos relatos acima, se constata a necessidade de uma reforma gerencial, pois a história recente, particularmente no estado de Roraima, nos revela uma herança de uma política clientelista, não emancipatória, onde prevalecem os interesses políticos partidários em detrimento dos interesses coletivos, a predominância de políticas de governo em detrimento da política de Estado.

Neste ponto, é importante situar que os princípios do SUS, orientam a organização de rede de serviços de saúde, organizada em níveis de complexidade, com base comunitária e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Sanitária.

Diante dessa demanda, Carvalho (2011) esclarece que a gestão pública precisa se reconfigurar em uma gestão social em rede. No entanto, Silva, S. (2011) ao referir-se a Frey (2003) aponta que no Brasil existe grandes impedimentos institucionais e culturais para

efetivação desse modelo de gestão de forma democrática, uma vez que, como já foi abordado neste estudo, essas políticas sociais são marcadas fortemente pelo paternalismo, assistencialismo e clientelismo, sendo essas características incompatíveis com os princípios da democracia, participação e protagonismo social. E como foi abordada no Capítulo 1, a *trajetória da política de Promoção da Saúde no Brasil* e em Boa Vista é marcada por ações políticas não democráticas, onde a questão socioambiental se manifesta na contradição entre garantia de direitos no âmbito da legislação *versus* efetividade nas relações sociais. Essa discussão será melhor apresentada no próximo capítulo, em que serão considerados os pressupostos teóricos da avaliação de políticas públicas a partir da *análise de política*.

CAPÍTULO III

AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: A EXPERIÊNCIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM BOA VISTA-RR

O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários.

Marilda lamamoto

O presente capítulo apresenta as principais reflexões sob o ponto de vista da categoria avaliação de políticas públicas, focalizando especificamente os processos de implementação das *ações de Promoção da Saúde* previstos no *Plano Municipal de Saúde* da Secretaria Municipal de Saúde por meio da *Estratégia em Saúde da Família* no município de Boa Vista-RR.

Com a finalidade de analisar se os instrumentos de avaliação dos resultados das ações de *Promoção da Saúde* existentes estão respeitando os princípios de gestão democrática e participativa, este estudo propõe-se a uma análise crítica dos dados empíricos coletados junto aos profissionais que atuam na gestão e na operacionalização das equipes de *Estratégia em Saúde da Família*.

Para tanto, o capítulo está organizado em três seções. A primeira aborda os aspectos conceituais sobre a avaliação de políticas públicas situando-a no campo da pesquisa social. A segunda tece considerações a cerca de conceitos e metodologias de avaliação no campo da literatura e por fim, é realizada a análise do *modus operandi* da *Promoção da Saúde* na *Estratégia em Saúde da Família* na perspectiva da sustentabilidade socioambiental.

3.1 A Avaliação como instrumento de gestão social democrática: algumas considerações.

Nos últimos anos avaliar políticas públicas tornou-se um grande desafio tanto à gestão pública quanto às iniciativas privadas, uma vez que a avaliação não é apenas um instrumento para tomada de decisões, mas um meio para redirecionar ou melhorar as ações no campo da política social. Desse modo, a avaliação ganha centralidade na gestão social, em meados do século XX, como mecanismo para medir a eficiência, a eficácia e a efetividade de uma determinada política, programa ou projeto social.

Fagundes e Moura (2009) apontam que a avaliação por meio da *análise de políticas e programas sociais* é um campo em expansão no âmbito da gestão social. Por esse motivo, convém contextualizar historicamente, mesmo que sumariamente, o surgimento do processo de avaliação de políticas e programas sociais para melhor compreensão na atualidade das contradições que permeiam esse processo.

Os primeiros estudos de avaliação de políticas e programas sociais que se tem conhecimento marcam a segunda metade do século XVII, paralelo à evolução científica desencadeada na Europa e alicerçada nas teorias de Kepler, Bacon, Galileu e Descartes. Nesse período a avaliação se apresentava como um instrumento intrínseco para o conhecimento científico e se manifesta a partir da iniciativa da administração pública que visava monitorar e melhorar a eficácia dos serviços oferecidos à população (FAGUNDES; MOURA, 2009).

Entretanto, é somente no século XIX, “quando a Associação Americana de Saúde Pública desenvolveu um programa com o propósito de colher informações, nas principais cidades dos Estados Unidos, para constatação das condições de higiene e saúde do país” (FAGUNDES; MOURA, 2009, p.92) que a pesquisa de avaliação ganha maior visibilidade e valorização.

A evolução da avaliação no século XX, conforme afirmam Fagundes e Moura (2009), relaciona-se diretamente com a evolução da estrutura política, econômica e social, marcada pelas guerras mundiais, transformações sociais, econômicas e tecnológicas, as quais intensificam as desigualdades sociais e o contraste entre os países desenvolvidos e os países de terceiro mundo.

Afirmam esses autores, que é no pós Segunda Guerra mundial, que começam a ser implementados programas para atender às necessidades do desenvolvimento urbano, de

moradia, de educação tecnológica e da cultura nos países desenvolvidos. Da mesma forma, visando combater a pobreza, começam a ser executados nos países de terceiro mundo programas de ajuda internacional, financiadas, sobretudo, pelo governo norte americano e agências internacionais. Em contrapartida, foi exigido acompanhamento da execução e dos resultados alcançados, fazendo com que a avaliação de políticas se tornasse um campo específico de estudo na área da investigação social.

Conforme Silva, M.O. (2008) a expansão da avaliação de políticas sociais como um campo da pesquisa social aplicada se dá a partir dos anos de 1960 nos Estados Unidos, com base na perspectiva quantitativa e neutralista, especialmente, no âmbito dos programas de combate à pobreza que previa a mensuração de objetivos, sem considerar os aspectos políticos e contextuais do processo de intervenção social.

Nota-se que embora a avaliação de políticas sociais, no contexto internacional, tenha suas origens em outros países é somente a partir das iniciativas engendradas pelos Estados Unidos que esse ramo da pesquisa social aplicada ganha destaque e expansão como uma atividade política e de gestão.

Silva, M.O. (2008) esclarece que a necessidade de agregar a dimensão política no processo de avaliação data a década de 1990, onde se reconhece a necessidade de adicionar a abordagem qualitativa à abordagem quantitativa.

No Brasil, Fagundes e Moura (2009) apontam que até os anos de 1970 foi priorizado a avaliação sistemática das políticas de saúde e educação, assumindo nas demais áreas da política social característica de ‘estudo de caso’ de forma descontinuada, uma vez que na maioria dos casos a avaliação não era exigida.

A história recente revela que pesquisas de avaliação no cenário nacional ganha relevância a partir da década de 1980, período marcado pela redemocratização do país, quando os movimentos sociais reivindicam a universalização das políticas sociais bem como o controle social no processo de gestão, planejamento e participação no processo de avaliação das ações públicas. Tais reivindicações, como já discutido no capítulo I deste trabalho, foram incorporadas no texto constitucional de 1988 como instrumentos viabilizadores de cidadania.

Sob esse aspecto Silva, M.O. (2008, p. 111) assegura que “numa perspectiva de cidadania, a avaliação pode vir a se constituir em instrumento eficaz de controle social das políticas sociais por parte da sociedade”. Nessa perspectiva, entende-se que diante da nova formatação das políticas sociais, fez-se necessário a redefinição dos critérios de avaliação,

introduzindo a participação da sociedade civil como um princípio democrático necessário para o aperfeiçoamento do *modus operandi* das políticas sociais.

Para Carvalho (2007, p. 88) diante da nova face que a questão social assume no contexto nacional e internacional, “a avaliação de Políticas e Programas Sociais torna-se [...] um imperativo ético” e político em que deve ser sem neutralidade. Desse modo, a avaliação deve ser um instrumento estratégico, sistemático e contínuo que visa o “aperfeiçoamento da gestão do Estado no desenvolvimento de ações eficientes e eficazes em face das necessidades da população” (BELLONI, 2003, p.14).

Entende-se então, com base nos argumentos desta autora, que a avaliação é um processo sistemático e contínuo, que busca analisar uma determinada ação, a fim de compreender de forma contextualizada, todas as dimensões e implicações próprias de uma dada política ou programa, visando seu aperfeiçoamento. Assim, a pesquisa de avaliação de uma determinada política pública deve contemplar, em geral, os seguintes elementos: “os processos de formulação e desenvolvimento, as ações implementadas ou fatos ocorridos, assim como os resultados alcançados, histórica e socialmente contextualizados” (BELLONI, 2003, p.15).

Nessa perspectiva, emerge o debate sobre as dimensões da pesquisa avaliativa diante da nova formatação das políticas sociais. Para abordar os aspectos conceituais e metodológicos da avaliação de política pública é necessário situá-la no campo da investigação. Aguilar e Ander-Egg (1994) sintetizam que a avaliação:

[...] é uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida; destinada a identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável dados e informações suficientes e relevantes para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, programação ou execução) ou de um conjunto de atividades específicas que se realizam, foram realizadas ou se realizarão, com o propósito de produzir efeitos e resultados concretos (*apud* SILVA, M. O, 2001, p. 49).

Nestes termos, por meio da pesquisa avaliativa busca-se comprovar “[...] a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de forma tal que, sirva de base ou de guia para uma tomada de decisões racional e inteligente entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover conhecimento” (AGUILAR; ANDER-EGG *apud* SILVA, M.O., 2001, p. 49). Nesse sentido, a avaliação será entendida como pesquisa de avaliação, ou seja, “[...] aquela que tem

como objeto uma dada intervenção na realidade social” (DRIBE, 2001, p. 17), isto é, uma determinada *política pública*, entendida como aquela desenvolvida em esferas públicas da sociedade, podendo ser de cunho governamental ou não governamental desde que seja preservado o caráter público.

A partir dessa breve explanação, é oportuno destacar que a pesquisa de avaliação, segundo Worthen (2004), assume de acordo com a finalidade, um papel *formativo* ou um papel *somativo*. A primeira aponta “[...] informações avaliatórias à equipe de programa, informações úteis para a melhoria do programa” (p.46). A segunda visa “[...] dar aos responsáveis pelas tomadas de decisões do programa e aos consumidores potenciais julgamentos do valor ou mérito do programa em relação a critérios importantes” (p. 47).

Sob essa ótica, depreende-se que a diferença entre ambas as avaliações é o público alvo. Na *avaliação formativa*, o público é a equipe do programa, ou seja, as pessoas responsáveis pelo planejamento e implementação do programa objeto da avaliação. Já a *avaliação somativa*, tem como público alvo os consumidores potenciais, (usuários dos serviços), as fontes de financiamento (contribuintes ou órgão financiador) e supervisores e outras autoridades, bem como a equipe do programa.

Para Worthen (2004) tanto a avaliação formativa como a avaliação somativa são essenciais e necessárias durante o desenvolvimento de uma política social ou programa social. No entanto, este autor constata que a maioria das instituições faz apenas a avaliação somativa de seus programas, tornando-se um processo míope, incompleto e ineficiente.

O autor ressalta que a combinação dessas duas dimensões da avaliação é essencial no campo da gestão social, uma vez que os dados formativos combinados com os dados somativos oferecem elementos para subsidiar a tomada de decisão, melhorar uma determinada política e práticas de gestão, e ainda deve oferecer informações à população beneficiária, para que possam construir instrumentos em defesa de seus interesses.

Silva, M.O. (2008) afirma que existem três funções da avaliação que precisam ser consideradas: *função técnica*, *função política* e *função acadêmica*. A primeira envolve o processo metodológico da implementação de uma determinada política, oferecendo subsídios para a gestão. A segunda oferece elementos para a população beneficiária fundamentarem suas lutas no controle social das políticas públicas. Enquanto a terceira desvela as contradições presentes no processo e no conteúdo das políticas, auxiliando a construção de novos conhecimentos.

Assim, o foco central deste estudo de caso foi a avaliação formativa, uma vez que se destina a equipe técnica da SMSA, ou seja, as pessoas responsáveis pelo planejamento e implementação, fornecendo subsídios para o aperfeiçoamento e redimensionamento das ações de Promoção da Saúde no município de Boa Vista-RR. Da mesma forma, ao assumir a função acadêmica, a pesquisa avaliativa assume um caráter somativo, pois os resultados da pesquisa serão de acesso aberto a todos que dela fizerem uso, oferecendo informações para o controle social e o empoderamento político dos sujeitos sociais.

Sob esse prisma, considera-se que a pesquisa de avaliação deve ultrapassar a dimensão técnica da gestão e envolver a participação da população usuária desde o processo decisório até a execução e avaliação das políticas sociais. Nestes termos, infere-se que a pesquisa de avaliação é um processo necessário para o fomento de uma política de *Promoção da Saúde* ancorada na perspectiva da *sustentabilidade socioambiental*.

A avaliação enquanto pesquisa social aplicada valoriza a análise crítica da política ou programa avaliado, a fim de oferecer elementos para direcionar as ações do Estado de forma mais democrática e adequada à realidade das populações destinatárias de tais ações. A avaliação, sob esse prisma, deve ser sistemática, planejada e contínua, assumindo não somente um caráter técnico, mas também político e acadêmico. Assim, à medida que a avaliação se torna um instrumento a serviço da democracia, fortalece a gestão social em rede, uma vez que não se trata de um ato neutro e nem exterior as relações de poder entre os agentes e os beneficiários envolvidos.

Nessa ótica, a avaliação de políticas públicas deve ser orientada no sentido de contribuir para a garantia da efetivação e universalização dos direitos de cidadania. Para tanto, deve ser conduzida de forma interdisciplinar e democrática a fim de subsidiar o aprimoramento do *modus operandi* das políticas e o controle social no processo de gestão das ações públicas.

3.2 Avaliação de políticas sociais: conceitos e metodologias.

A partir das considerações tecidas na seção anterior, considera-se que o processo de avaliação de políticas sociais assume relevância na arena contemporânea como um instrumento político, sistemático e científico, cuja finalidade é o fortalecimento da cidadania e a efetivação dos direitos sociais num contexto em que a complexidade da questão

socioambiental demanda da gestão pública uma articulação em rede. Portanto, considera-se que o processo de avaliação de uma determinada política pública, deve considerar as dimensões da sustentabilidade socioambiental como um ato ético, pautado na democracia e em favor dos reais interesses dos destinatários dos serviços.

Observa-se no campo da literatura a não existência de consenso no campo de análise acerca do conceito de avaliação de políticas públicas. Na visão de Dribe (2001) as pesquisas de avaliação “[...] apoiam-se em um conjunto de decisões conscientes ou não, tomadas pelo avaliador no início e ao longo de seu trabalho” (p. 16). Desse modo, a avaliação constitui-se, na visão desta autora, como um elemento básico do processo de planejamento, onde as opções ou as preferências do avaliador definirão os objetivos, a natureza e o tipo de avaliação a ser realizada.

Cohen e Franco (1993) indicam que a pesquisa de avaliação retroalimenta o processo de planejamento, permitindo ao gestor redefinir as ações e reorientá-las, de acordo com sua eficiência e eficácia, aos objetivos propostos. Nesse sentido, “a avaliação não pode ser concebida como uma atividade isolada e auto suficiente (sic)” (p. 73), ela deve fazer parte do processo de planejamento da política social, como um meio de verificar se os objetivos e metas previamente estabelecidas foram alcançados e com que qualidade foram ou estão sendo alcançados.

A avaliação não deve ser confundida com monitoramento, esta “[...] é uma atividade gerencial interna que se realiza durante o período de execução e operação” (COHEN; FRANCO, 1993, p. 77). A avaliação, por sua vez, pode ser realizada antes, durante ou após a implementação de um programa ou projeto social, se ocupando “[...] com o modo, em que medida e por que tais pessoas foram beneficiadas” (IDEM, p. 77).

Diante do exposto, ao considerar que a avaliação é um ato técnico, político e sistemático que se orienta por um método científico, busca-se caracterizar a seguir a pesquisa de avaliação realizada nesse estudo de caso. Sobre o aspecto em que momento avaliar Draibe (2001) define da seguinte forma:

Avaliação ex ante: geralmente são realizadas na fase de formulação ou planejamento de um programa, ou seja, é o estudo diagnóstico que permitirá orientar, estabelecer parâmetros e indicadores que permitam comparações futuras.

Avaliação ex post: são realizadas paralelamente ou após a realização de um programa. Tem por finalidade medir o grau de eficiência e eficácia com que o programa está alcançando

os seus objetivos e ainda avaliar sua efetividade, ou seja, os impactos e efeitos em uma determinada realidade que se intervém.

Conforme a contextualização do objeto desse estudo de caso, que foi realizada no Capítulo I e Capítulo II, cujo objeto centra-se na avaliação da *política de Promoção da Saúde* desenvolvida pela *Estratégia em saúde da família* entre os anos de 2010 a 2013 no município de Boa Vista-RR, capital de Roraima, pode-se dizer que a pesquisa de avaliação realizada neste estudo se caracteriza como avaliação *ex post*, pois focaliza as ações que foram realizadas em resposta às demandas socioambientais da população alvo.

Convém ressaltar que a pesquisa avaliativa foi realizada no município de Boa Vista-RR, onde foram identificadas as instituições visitadas (SMSA e parceiros) como *locus* específico para a *Promoção da Saúde* e deu origem as informações apresentadas neste estudo.

Quanto ao *objeto* ou conteúdo da avaliação, corrobora-se com Arretche (2007) ao afirmar que a pesquisa de avaliação busca verificar a *eficácia*, a *eficiência* e a *efetividade* das ações.

A autora define que a *avaliação da eficácia* examina o processo de concretização do programa, ou seja, analisa os meios ou instrumentos utilizados na operacionalização das ações e seus resultados em função das metas pré-estabelecidas, permitindo a adequação dos meios empregados ou se a estratégia traçada precisa ser revista durante a vigência de um determinado programa. A *avaliação de eficiência* focaliza a relação entre o custo previsto e o realizado, revela a qualidade das ações realizadas e uma tendência para a otimização dos recursos. E por *avaliação de efetividade* Arretche (2007) entende como o exame da relação entre a implementação e os impactos de um determinado programa, sejam os resultados positivos ou negativos em termos de uma mudança real nas condições de vida do público alvo.

Sobre esse aspecto, convém ressaltar que esses indicadores serviram como referência para análise de conteúdo das narrativas dos sujeitos entrevistados neste estudo de caso. A razão do desenvolvimento desta pesquisa avaliativa é de ordem técnica, política e acadêmica, uma vez que se busca analisar o *modus operandi* da política de *Promoção da Saúde* tendo como parâmetros as dimensões da sustentabilidade socioambiental, visando oferecer elementos para a sociedade em geral, a fim de instrumentalizar suas lutas para os momentos de pressão e controle social sobre o Estado, assim como auxiliar na construção de novos conhecimentos.

A finalidade dessa pesquisa é subsidiar tomada de decisão, a partir do desvelamento da existência efetiva ou não de ações intersetoriais entre o Setor Saúde, Ambiente e/ou outros setores no desenvolvimento das ações, bem como a adoção de metodologia participativa da população local no planejamento e avaliação da política, tendo como referência as demandas locais.

Em função de quem realiza a avaliação, embora Silva, M. O. (2008) recomende que esta seja realizada a partir da combinação entre a *avaliação interna* (realizada no interior da instituição) e *avaliação externa* (realizada por pessoas que não integra o quadro de pessoal da instituição), o presente estudo de caso se caracteriza como uma *avaliação externa*, pelo fato da pesquisadora não compor o quadro efetivo da SMSA/BV. Entretanto, os atores envolvidos nesse estudo, como já foi detalhado no Capítulo II, são as pessoas responsáveis pela materialização da política nacional de Promoção da Saúde em âmbito local, inseridos no cenário da gestão social em rede.

Quanto à *natureza* da avaliação adotada nesse estudo de caso, Silva, M.O. (2008) recomenda que seja levada em consideração a imensa variedade de tipos de avaliação, advertindo que um único método não é suficiente para a realização de uma pesquisa de avaliação, sendo esta escolha condicionada a certos princípios básicos, tais como o objeto de estudo e os objetivos propostos.

Nesse sentido, a fim de identificar o tipo de pesquisa avaliativa adotada neste estudo de caso das ações de Promoção da Saúde desenvolvida pela Estratégia em Saúde da Família, apoia-se nos argumentos de Dribe (2001) que distingue as avaliações, quanto a sua natureza, em *avaliação de resultado* e *avaliação de processo*. A primeira busca saber o quanto e com que qualidade os objetivos de uma determinada política ou programa foram cumpridos, ou seja, quais foram os impactos ou efeitos esperados ou não que afetaram o meio social e institucional onde se desenvolveu determinada ação. A segunda “[...] tem como foco o desenho, as características organizacionais e de desenvolvimento dos programas” (DRIBE, 2001, p.20). Sua finalidade é detectar ao longo da implementação, os fatores que facilitam ou impedem que o programa atinja seus resultados.

Sobre a avaliação de processo, a autora sintetiza que:

As avaliações de processo, de natureza qualitativa, buscam identificar os fatores facilitadores e os obstáculos que operam ao longo da implementação e que condicionam, positiva ou negativamente, o cumprimento das metas e

objetivos. Tais fatores podem ser entendidos como condições institucionais e sociais dos resultados (DRIBE, 2001, p.30)

Nestes termos, devido à inviabilidade de avaliar os impactos das ações de Promoção da Saúde desenvolvida pela ESF no entorno das comunidades em que estão inseridas as equipes no município de Boa Vista-RR, optou-se por realizar uma *avaliação de processo* enfocando as dimensões da sustentabilidade socioambiental, por entender que os indicadores analisados neste estudo podem revelar suas verdadeiras práticas no cotidiano, e direcionar os gestores para uma leitura das reais necessidades do cidadão e das múltiplas faces da questão socioambiental em sua totalidade, na perspectiva da Promoção da Saúde, possibilitando propor alternativas de inclusão social.

Arretche (2007) desvela, ainda, que qualquer que seja a forma de pesquisa de avaliação no âmbito das políticas públicas, não existe isenção de neutralidade administrativa ou técnica, pressupõe, antes de tudo, uma dimensão política. Contudo, adverte a autora, que é necessário que não se confunda as opções pessoais com os resultados da pesquisa, este deve ser tomado em função dos interesses públicos. Assim, apresenta três modalidades de avaliação de uma dada política pública: *avaliação política*, *análise de políticas públicas* e *avaliação de política*.

Por *avaliação política*, a autora entende como a análise dos princípios, critérios ou diretrizes que fundamentam a decisão de determinada política ou programa, elucidando as razões que a tornam preferível a qualquer outra. A *análise de políticas públicas* refere-se ao “exame da engenharia institucional e os traços constitutivos do programa [...] buscando reconstituir diversas características de forma a apreendê-las de um todo coerente e compreensível” (ARRETCHE, 2007, p. 30). Já a *avaliação de política* busca atribuir a relação de causalidade entre um determinado programa e o resultado (sucesso ou fracasso), revelando quais parcelas da população foram efetivamente excluídas e qual o impacto dessa medida sobre a situação social da população.

No caso desta pesquisa foi realizada uma *análise de política pública* em saúde na capital roraimense, especificamente da *política de Promoção da Saúde*, em que focalizou a engenharia institucional no âmbito da SMSA/Boa Vista, a partir da apreensão do *modus operandi* da gestão em rede da política objeto de estudo. Entende-se que a Promoção da Saúde é um conceito abrangente de intervenção no campo da saúde coletiva. Por se tratar de um tema complexo, a pesquisa focou a *Estratégia em Saúde da Família* que se constitui uma

entre tantas outras ações que se desdobra dessa política.

3.3 Análise de política: o *modus operandi* da Promoção da Saúde na Estratégia em Saúde da Família na perspectiva da sustentabilidade socioambiental

Para Dribe (2001), a análise de processo de políticas públicas é norteada pela detecção dos condicionantes, no plano da intervenção, dos êxitos ou dos fracassos dos programas. Busca saber se outros fatores institucionais ou sociais garantiriam melhores resultados, “ou, inversamente, se os mesmos resultados poderiam ser alcançados com alternativas menos caras ou mais rápidas” (p.30).

Sob esse aspecto a autora apresenta um arsenal metodológico para análise de processo no campo da pesquisa de avaliativa, enfocando a partir da anatomia do processo geral, os principais subprocessos de implementação de políticas sociais. Com o intuito de facilitar a análise do *modus operandi* da *Promoção da Saúde* desenvolvida pela *Estratégia em saúde da família* na perspectiva da sustentabilidade socioambiental, foi adotado como aporte teórico a metodologia indicada pela autora, tendo como referência os princípios da *eficácia*, da *eficiência* e da *efetividade* das ações.

Os subprocessos de implementação de políticas sociais indicados pela autora e adotados neste estudo de caso são os seguintes:

- a) **Sistema gerencial e decisório:** refere-se à estrutura hierárquica do programa, seus graus de centralização ou descentralização, de autonomia ou dependência das partes, e ainda, as características da gestão do tempo e da capacidade de implementar decisões de que dispõem os gerentes. Essa abordagem já foi realizada no segundo capítulo deste estudo.
- b) **Processos de divulgação e informação:** relaciona-se aos meios de divulgação e circulação de informações qualificadas, clara e suficiente entre os atores sociais envolvidos no processo, sejam os profissionais responsáveis pela operacionalização das ações, sejam os beneficiários ou destinatários dos serviços.
- c) **Sistema de seleção:** refere-se aos critérios estabelecidos para o recrutamento de parcerias para a implementação das ações e dos grupos a serem beneficiados.

- d) **Sistema de capacitação:** esse indicador visa analisar a existência de capacitação interna ou externa para os agentes implementadores e executores da ação ou dos beneficiários do programa.
- e) **Sistema interno de monitoramento e avaliação:** busca identificar a estrutura do sistema avaliativo, quem participa do processo, se é interna ou externa, como essas informações são sistematizadas e socializadas entre as instituições parceiras.
- f) **Sistemas logísticos e operacionais:** consiste na análise dos meios utilizados para implementar a atividade fim, a suficiência dos recursos e de tempo para os objetivos propostos.

Diante desses aspectos e com foco nos indicadores de eficiência, eficácia e efetividade do desenvolvimento de um programa social, será apresentada a seguir a análise de conteúdo das narrativas dos sujeitos da pesquisa levantadas por meio das entrevistas realizadas nesse estudo de caso, em que serão identificados os principais *subprocessos* no processo de implementação da política de Promoção da Saúde, por meio da Estratégia em Saúde da Família no município de Boa Vista-RR.

Destaca-se que a avaliação do sistema gerencial e decisório já foi apresentada no capítulo II, onde foi discutido o processo de construção ou materialização da política nacional em âmbito local, e a arquitetura de poder no processo de tomada de decisão no âmbito da SMSA/BV.

Deste modo, torna-se oportuno resgatar de forma breve algumas informações do *Programa Saúde da Família no município de Boa Vista* obtidas por meio do levantamento documental, as quais foram sistematizadas para melhor visualização no Quadro 14:

Itens	Discurso Institucional da SMSA/BV sobre a Estratégia em Saúde da Família obtido em Levantamento Documental
DIRETRIZES	Portaria GM/MS 2488 de 21 de outubro de 2011
OBJETIVO	Realizar um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo, dirigidas a populações de territórios definidos, envolvendo a promoção, prevenção, vigilância em saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da vida.
METAS	1) Expandir e garantir a qualidade da estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde. 2) Garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o pleno

	<p>funcionamento das Atividades da Atenção Básica em todos os seus Eixos.</p> <p>3) Garantir recursos humanos adequados ao atendimento da Atenção Básica.</p> <p>4) Reestruturar os processos de trabalho.</p> <p>5) Implantar e implementar ações de monitoramento e Avaliação (PROGRAB, PMAQ, AMAQ, SIAB).</p> <p>6) Qualificar a força de trabalho para a gestão e a atenção básica.</p> <p>7) Divulgar as informações e os resultados alcançados pela Atenção Básica.</p> <p>8) Prover atenção integral, continuada e organizada à população adstrita.</p> <p>9) Estimular a participação popular e o Controle Social.</p> <p>10) Ampliar a Estratégia Saúde da Família.</p>
PÚBLICO ALVO	Usuários da rede básica de saúde residente na área de abrangência da ESF.

Quadro 14 – Diretrizes da Estratégia em Saúde da família em Boa Vista-RR

FONTE: Elaboração da pesquisadora com base na pesquisa documental/Relatório de Gestão da SMSA/BV do 1º Quadrimestre, 2012.

Como já fora discutido no Capítulo I, as mudanças empreendidas na Legislação Brasileira, fundamentadas na Carta Magna na década de 1980 e com a legitimação do SUS nos anos 1990, trouxeram inovações no campo da saúde, estimulando a qualidade de vida da população, principalmente, pela atenção básica sob a ótica da *Promoção da Saúde*.

Assim, as ações da ESF devem ultrapassar práticas curativas, objetivando realizar intervenções de saúde voltadas para a *promoção e proteção das famílias*, buscando com isso mudanças nos determinantes e condicionantes sociais no processo saúde-adoecimento, proporcionando as pessoas autonomia e hábito saudável.

Nestes termos, serão utilizados como referência nesse estudo de caso os indicadores de sustentabilidade apontados por Sachs (1993) e as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, sendo a *humanização* o direcionamento para produzir um novo modo de pensar.

- *Dimensão Territorial ou espacial*

Segundo a Política nacional de Promoção da Saúde, as equipes de Estratégia em Saúde da Família devem ter uma prática de atenção primária promotora de saúde em um espaço delimitado que corresponde ao *território* de atuação da equipe (BRASIL, 2006).

A *sustentabilidade territorial* é entendida a partir da concepção de Sachs (1993) como as configurações urbanas e rurais de assentamentos humanos onde são desenvolvidas

atividades econômicas e sociais, englobando a teia das relações humanas que se constroem em um espaço vivido pelos homens e são influenciados por fatores econômicas, sociais e culturais, políticos e epidemiológicos. Tais fatores são determinantes para o processo saúde-doença, sobre os quais tanto a população, quanto as equipes de saúde são corresponsáveis para criar respostas em parceria com outros setores afins ao setor saúde (educação, ambiente, segurança, etc.).

Nestes termos, as Unidades Básicas de Saúde instaladas nos espaços em que as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, desempenham, por meio da Estratégia em Saúde da Família, um papel central na garantia do acesso aos serviços de saúde individual e coletiva que abrange, de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica:

[...] a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p. 19).

Nesta direção, a *Promoção da Saúde* estreita sua relação com a *Política de Humanização*¹⁶, numa articulação integradora e dinâmica na construção de consensos e sinergias, a fim de que as políticas públicas sejam mais favoráveis à saúde e à vida, estimulando e fortalecendo o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração, implementação e na participação social.

Dessa forma, a *Atenção Básica* é compreendida como espaço privilegiado para a consolidação do SUS como política pública, direcionada às populações de territórios definidos, pelas quais deve assumir a responsabilidade sanitária, considerando as especificidades e dinamicidade existente no território em que vivem as pessoas. Assim, foi questionado aos representantes técnico-operativos como a dimensão territorial é considerada pela equipe de ESF para o desenvolvimento das ações voltadas para a Promoção da Saúde. As respostas foram categorizadas e apresentadas no Quadro 15:

¹⁶Instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, a Política Nacional de Humanização tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de Atenção em Saúde. Tem como princípios norteadores a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão, o protagonismo, a corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos. Nesta ótica entende-se que a humanização estreita sua relação com a Promoção da Saúde, uma vez que para humanizar práticas de gestão e atenção a PNH propõe que se incluam os diferentes sujeitos nos processos de produção de saúde.

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Transcrição dos trechos das narrativas dos entrevistados
Territorialização entendida como sinônimo de micro áreas	<p><i>Sim, pois estamos divididos por micro área (G:GT; S:F; T:12; V:E).</i></p> <p><i>distribuído por micro área. Cada Agente tem sua área. Mas tem uma área grande descoberta aí no picumã, sem equipe e a gente acaba atendendo e fica meio sobrecarregado. Porque era pra ter duas equipes e só tem uma. Então nem toda área tá distribuída não, só uma parte (G:GT; S:F; T:10; V:T).</i></p> <p><i>a gente leva em consideração esse mapeamento que é feito [apontando para o mapa]. (G:GT; S:F; T:13;V:CLT).</i></p> <p><i>A gente leva sim. Aqui são três áreas. Mas já tem essa diferença de área pra área. Por exemplo, eu tenho quatro casos de tuberculose, e no Caimbé, que divide só uma rua no momento não tem nenhum caso. Então a gente leva em consideração o espaço sim (G:GT; S:F; T:5;V:T).</i></p> <p><i>é dividido em micro área, cada equipe, cada ACS é responsável poruma microárea (G:GT; S:F; T:10; V:P).</i></p> <p><i>[mostrando o mapa de área] Isso aqui é a área que é coberta pela Estratégia em Saúde da Família, onde vão os Agentes de Saúde. É só isso aqui. Então dentro dessa delimitação aqui a gente tem como conseguir tudo, tem tantos diabéticos, tem tantos hipertensos, tem tantas crianças. Aqui nesse caso tem tantas casas que eu encontrei foco de dengue, fica mais fácil. Nesse outro aqui fica mais difícil, tá toda descoberta (G:GT; S:M; T:7; V:CLT).</i></p> <p><i>Sim, em micro áreas! (G:GT; S:F; T:17; V:T).</i></p>
Território delimitado	<p><i>Nós conhecemos nossa área de abrangência, nós temos mais ou menos, 4.806 e pouco é a média da população. Nós temos também vilas. As vilas eu soube que o pessoal não tá fazendo o cadastramento direitinho porque é muita gente que entra e sai, o pessoal vive mudando de vila né [...] (G:GT; S:F; T:1a. 2m;V:T).</i></p> <p><i>sim. Durante as campanhas (G:GT; S:M; T:5;V:S).</i></p>
Não soube responder	<p><i>Não soube responder(G:GT; S:F; T:11; V:E)</i></p> <p><i>Não soube responder(G:GT; S:M; T:9; V:T)</i></p>

Quadro 15 – Dimensão territorial como fundamento das ações de Promoção de saúde desenvolvidas pela Estratégia em Saúde da Família.

FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013.

Observa-se, com base na análise de conteúdo, que cada equipe de ESF atua em um território delimitado “[...] com responsabilidade de atender a população adstrita com cerca de 3.000 a 4.000 habitantes” (RELATÓRIO DE GESTÃO DA SMSA/BV, 4º Quadrimestre de 2010, p.38). Entretanto, nota-se a partir dos relatos que a consolidação da ESF no município de Boa Vista ainda é um desafio a ser superado uma vez que ainda existe um espaço territorial considerável descoberto, isto é, grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades de saúde sem o acompanhamento da ESF.

A Política Nacional da Atenção Básica determina que o número máximo de equipes de Saúde da Família de uma determinada localidade deve ser calculado pela fórmula: população/2.400. A fonte dos dados populacionais será a mesma publicada pelo IBGE (BRASIL, 2012). Assim, considerando que o município de Boa Vista, conforme os dados censitários de 2010 tem uma população de 284.313 habitantes, deveria ter no mínimo 72 equipes e no máximo 118 equipes de ESF, entretanto, atualmente a SMSA/BV conta com apenas 55 equipes, ficando, portanto, uma grande área descoberta, comprometendo a sustentabilidade territorial da implementação da política.

Os conteúdos das narrativas do Quadro 15 ainda evidenciam que a territorialização da saúde é entendida pelos profissionais como uma ferramenta burocrática, cuja finalidade é apenas definir a área e micro área de atuação da ESF, não sendo capazes de descrever a comunidade adscrita¹⁷ à unidade. Essa constatação pode ser visualizada no relato a seguir:

Eu nem sei quem são essas pessoas do CRAS, não sei mesmo, nem sei nem onde fica o CRAS que atenda aqui no [...] O PSE tem só uma escola que funcionam que tem essa programação aí, mas que é da outra equipe. Na minha equipe não temos(G:GT; S:F; T:17; V:T).

A territorialização segundo Teixeira e Ouverney (2007) consiste no mapeamento das unidades de referenciamento; no delineamento espacial onde ocorre a interação de atores, organizações e recursos; e na articulação das bases de provisão de serviços que podem originar diferentes fluxos de interdependência.

¹⁷A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado (BRASIL – M/S-POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA, 2012).

Assim, a territorialização configura-se numa ferramenta estratégica e essencial para melhor conhecer a área de atuação da equipe de ESF e como forma de atuar nos fatores condicionantes e determinantes para a saúde. Uma vez que, embora os problemas sociais se manifestem setorialmente, sua solução depende de mais de uma política pública, ou seja, de uma intervenção que considere a população de forma integral. Essa abordagem pressupõe a adoção de uma gestão em rede intersetorial, pois por meio da intersetorialidade é possível desenvolver ações de Promoção da Saúde de forma integrada, de modo a garantir a universalidade e a equidade no acesso às políticas sociais.

Nesta perspectiva, o território deve ser entendido não apenas como uma área geográfica, mas como o espaço onde vivem e convivem as pessoas, as instituições, as redes, os cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, considerar a dimensão territorial para a operacionalização da Promoção da Saúde, não significa trabalhar na comunidade, mas trabalhar com os atores (instituições, organizações, usuários, etc.), saberes e potencialidades concretas dos recursos da comunidade. Portanto, a territorialidade deve ser o elo organizador da rede de atenção à saúde na ESF.

É importante considerar que a efetividade da Promoção da Saúde na Atenção Básica é também determinada pela dinâmica das relações estabelecidas com as populações, que na *perspectiva da humanização*, deixam de ser alvo da ação para se constituírem em *protagonistas da produção de saúde no território* em que vivem.

- *Dimensão Social*

A *sustentabilidade social* é entendida a partir de Sachs (1993) como o processo de desenvolvimento onde a equidade para o acesso a bens e serviços é um dos condicionantes para a melhoria das condições de vida e de saúde da população e um meio para reduzir a distância entre aqueles que têm acesso e os que não têm acesso a esses bens e serviços.

Sendo assim, a Estratégia em Saúde da Família-ESF configura-se como a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Tem como foco de assistência o cuidado centrado na família cuja finalidade é desenvolver uma atenção integral por meio de ações de promoção, prevenção e reabilitação que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, e nos determinantes e condicionantes de saúde no âmbito individual e coletivo.

Nesta perspectiva, a *Promoção da Saúde* deve ser inserida na ESF como uma das diretrizes de atuação na busca pela equidade e melhoria da qualidade de vida e de saúde da população da área adstrita em que atua. Para tanto, o gestor municipal é desafiado a implementar “uma política transversal, integrada e intersetorial, que busque dialogar com as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, os setores privados e não-governamental e a sociedade” (BRASIL – M/S-POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2010, p.5) visando a sustentabilidade social. Em face disso, torna-se necessário uma articulação em rede de compromisso e corresponsabilidade para a promoção da qualidade de vida da população.

Com o intuito de visualizar como esta dimensão tem sido incorporada pela ESF no município de Boa Vista-RR, foi questionado aos profissionais técnicos operativos como a *dimensão social* fundamenta a tomada de decisão no processo de planejamento das ações voltadas para a Promoção da Saúde. As respostas foram sistematizadas e categorizadas no Quadro 16:

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Transcrição dos trechos das narrativas dos entrevistados
<p>Estratégias para a melhoria da qualidade de vida da população, tendo como referência a acessibilidade e a equidade.</p>	<p><i>[...] Pra os idosos, por exemplo, tô falando em acessibilidade, em equidade, e também tem o Cabelos de Prata, que é um Centro de Múltiplo uso, que tem um grupo de idosos que trabalha com artesanatos. Como minha área fica no meio desses dois centros, então eles utilizam os dois ao mesmo tempo. Etem o Viva Comunidade, eu tenho 35 idosos no Viva Comunidade. E eles falam assim de amores mesmo, porque tem natação, tem dança, tem um monte de coisa legal (G:GT; S:F; T:12; V:E).</i></p> <p><i>[...] só que é assim, tem um cadeirante que reclama que não tem como ele entrar com a cadeira de roda. A calçada é toda quebrada, então é assim, na medida do possível a gente faz, mas nem tudo tá sendo atendido. Ele não tem nem como entrar aqui. Precisa alguém carregar, a gente não vai fazer tudo porque nem tudo está em nosso alcance (G:GT; S:F; T:10; V:T)</i></p> <p><i>Levamos sim. Nesse momento que a gente vê assim..., nessas rodas de grupos, a gente ouve o paciente um a um [...] você tenta resolver fazendo o encaminhamento adequado pra ele né [...] Nós não temos assim estratégia de modo geral né, social pra resolver esse problema dá população, a gente vê individualmente (G:GT; S:F; T:5;V:T)</i></p> <p><i>Sim. Todos são atendidos, independente de onde vem (G:GT; S:M; T:5;V:S)</i></p>

	<p><i>Eu acho que sim! A gente leva melhorias pra eles né! na visita (G:GT; S:F; T:13;V:CLT)</i></p> <p><i>Com certeza! Todos são atendidos!(G:GT; S:M; T:7; V:CLT)</i></p>
Estratégias desenvolvidas para a participação social	<p><i>[...] Mas assim, eu comecei a informar pra população, a mostrar pra população o quê que é o Conselho Local pra que eles tivessem interesse. Depois que eu falei isso a população começou a ter interesse, muitos deles deixou o telefone pra eu entrar em contato quando a gente for criar o conselho (G:GT; S:F; T:1a. 2m;V:T)</i></p>
Não considera a dimensão social	<p><i>o social não, agente realmente aqui na nossa equipe não tem. A gente não tem pra onde encaminhar, porque na verdade não conheço nenhuma associação (G:GT; S:F; T:10; V:P)</i></p> <p><i>[...] A gente não tem o que oferecer. Só isso que tô te falando mesmo. Essa integralidade? Nem sei dizer como, porque é difícil! É como eu tô te falando, um negócio é no papel, outro negócio é tá o dia a dia aqui, como a gente trabalha (G:GT; S:F; T:17; V:T)</i></p>
Não respondeu	<p>Não respondeu (G:GT; S:F; T:11; V:E)</p> <p>Não soube responder(G:GT; S:M; T:9; V:T)</p>

Quadro 16 – Dimensão social como fundamento das ações de Promoção de saúde desenvolvidas pela Estratégia em Saúde da Família.

FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013.

Evidencia-se no conteúdo das falas dos representantes técnico-operativos da ESF uma dificuldade em estabelecer estratégias enfocando a dimensão social para atingir os objetivos de Promoção da Saúde no território em que atuam. Apesar de um grupo entender que a dimensão social é *uma estratégia para a melhoria da qualidade de vida da população, tendo como referência a acessibilidade e a equidade*, infere-se a partir dos relatos, uma abordagem tradicional nas ações assistenciais desenvolvidas, as quais na prática se configuram em ações curativas. Assim, as equipes são desafiadas a repensar o modelo assistencial de saúde oferecido à população e buscar desenvolver ações que extrapolem práticas curativas, articulando as ações de promoção e de prevenção, com ações de cura e reabilitação.

Nesse aspecto Demarzo (2010) recomenda que tanto as ações individuais quanto as coletivas devem buscar a integralidade, esta entendida em três dimensões:

1. Vertical, que busca atender a todas as necessidades de saúde do indivíduo (desde a Promoção da Saúde até a reabilitação), entendido em toda a sua complexidade biopsicossocial e espiritual;

2. **Horizontal**, que busca a integração de ações e serviços de atenção à saúde ao longo do tempo, para garantir a condição de saúde das pessoas;
3. **Intersetorial**, que reconhece os setores extra saúde (educação, segurança etc.) como fundamentais para a Promoção da Saúde (DEMARZO, 2010, p.11).

Dessa maneira, um dos caminhos a ser percorrido pela ESF na capital roraimense, refere-se à realização de um trabalho em rede intersetorial e em articulação com a comunidade, pois sendo a Promoção da Saúde uma estratégia social, política, cultural, econômica, territorial e ambiental que implica diretamente nas condições de vida do indivíduo deve, em consonância com as diretrizes da Política de Humanização e do Pacto pela Saúde, está articulada a outras políticas públicas ou equipamentos sociais de base territorial, assim como estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia na construção de hábitos saudáveis e no exercício do controle social.

Para isso é importante que o gestor municipal desenvolva estratégias que permitam a interação entre gestão, profissionais e usuários, firmando laços comunitários a fim de construir políticas e intervenções intersetoriais, permitindo, dessa forma, o maior controle dos sujeitos sobre o contexto social e ambiental em que estão inseridos.

- *Dimensão Ambiental ou ecológica*

A dimensão ambiental é a mais defendida pela maioria dos autores que abordam essa temática. Como já foi explicitada no capítulo I deste estudo, a *sustentabilidade ambiental* relaciona-se, conforme Sachs (1993), com a preservação do potencial do capital natural na sua produção de recursos renováveis e a limitação ao uso dos recursos não renováveis, respeitando assim a capacidade de resiliência dos ecossistemas naturais.

Neste sentido, ao considerar o ambiente como um dos fatores determinantes da saúde humana no espaço construído, a Política Nacional de Promoção da Saúde, atendendo os preceitos da Agenda 21 e do Pacto pela Vida, insere como um dos seus objetivos, o favorecimento da “preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis” (BRASIL – M/S-POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2010, p. 17).

Tendo em vista as bases conceituais e políticas da Promoção da Saúde, buscou-se

saber na ótica dos profissionais que atuam na ESF como são visualizados os principais problemas de saúde relacionados à questão ambiental, no processo de planejamento e implementação das ações de Promoção da Saúde, a serem desenvolvidas pela equipe no território em que atua. As respostas podem ser observadas no Quadro 17:

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Transcrição dos trechos das narrativas dos entrevistados
Não considera a dimensão ambiental	<p><i>Não. Porque nossa área é uma área privilegiada [...] no aspecto ambiental não. [...] nos anos anteriores existiam, [...] em nossa área existia esgoto a céu aberto, terrenos baldio, que isso é foco de proliferação de doenças (G:GT; S:F; T:12; V:E).</i></p> <p><i>Não. Ainda não fiz relacionado a isso não (G:GT; S:F; T:10; V:T).</i></p> <p><i>Nós não fazemos nada, só visitamos e vimos como é né? Mas a gente não considera essa esse aspecto (G:GT; S:F; T:17; V:T).</i></p>
O entorno ambiental como determinante para a saúde humana	<p><i>Nós tentamos. [...] A enfermeira foi fazer a visita e a gente também porque tínhamos que atingir uma meta [...] (G:GT; S:F; T:1a. 2m;V:T).</i></p> <p><i>através da visita médica, conhecemos os pacientes, seu modo de viver, o ambiente que vive [...] (G:GT; S:M; T:5;V:S) -04.</i></p> <p><i>aí é considerado por causa da dengue, o que eu tô vendo muito na minha área é a gripe, até que diarreia eu não vi muito... (G:GT; S:F; T:13;V:CL)</i></p> <p><i>Consideramos. Até mesmo porque a Estratégia da Saúde da Família, a gente vê o paciente como um todo né [...] (G:GT; S:F; T:5;V:T).</i></p> <p><i>consideramos o ambiente que a pessoa vive né. Por exemplo, tem gente que tem criação de galinha dentro de casa (rsrsrs), e isso pode gerar doenças, por mais que a gente oriente mas eles não mudam [...] (G:GT; S:F; T:10; V:P)</i></p> <p><i>aqui na minha área a cultura ambiental tá muito longe ainda. Tem muita queima de lixo, pessoas com muito problema respiratório, principalmente crianças. A gente até fala [...] (G:GT; S:M; T:7; V:CLT)</i></p>
Não respondeu	<p><i>Não soube responder (G:GT; S:F; T:11; V:E)</i></p> <p><i>Não soube responder(G:GT; S:M; T:9; V:T)</i></p>

Quadro 17 – Dimensão ambiental como fundamento das ações de Promoção de saúde desenvolvidas pela Estratégia em Saúde da Família.

FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013.

As narrativas indicam que não são todas as equipes que atuam com uma visão mais ampla na implantação da *Promoção da Saúde por meio da ESF* no município de Boa Vista-RR, dado que a maioria das narrativas revela que *não consideram a dimensão ambiental na programação das ações* de Promoção da Saúde. Ao traçar um paralelo do tempo em que esses

profissionais atuam na Atenção Básica com o tempo de existência da Política Nacional de Promoção da Saúde (7 anos), observa-se que todos estes profissionais que não consideram a dimensão ambiental em seu processo de trabalho ou não souberam responder o questionamento, atuam na ESF há mais de nove anos, o que revela a falta de iniciativas ou de uma política de qualificação permanente do trabalhador.

Ao considerar que a Promoção da Saúde trabalha com questões de natureza complexa, Demarzo (2010) aponta a necessidade de transformações coletivas, com impactos a médio e longo prazo, pois pensar a saúde sob esse viés de análise é produzir um novo modo de pensar. Portanto, “almeja-se a criação de iniciativas de acordo com os princípios do desenvolvimento sustentável e a garantia de processo duradouro e forte” (DEMARZO, 2010,p. 17).

A gestão municipal é desafiada a “reorientar suas práticas de saúde de modo a permitir a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável” (BRASIL – M/S-POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2010, p. 17). Pois se considera que as desigualdades sociais presentes geram problemas ambientais, que por sua vez afetam a saúde e a qualidade de vida da população no território em que vivem, como por exemplo, a queima de lixo que pode ocasionar problemas respiratórios em adultos e crianças.

Diante dessas considerações, aponta-se como caminho a implementação de políticas voltadas para a inclusão da questão ambiental no conjunto das ações de Promoção de Saúde, utilizando como instrumentos as ações desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Para tanto, sugere-se ao gestor municipal a adoção de metodologias voltadas para a formação e qualificação dos profissionais que compõe as equipes de ESF, com abordagens que envolvam a apropriação e o reconhecimento do território de forma a definir medidas de intervenção e interação com o meio ambiente, estimulando novas práticas de Promoção da Saúde junto à população; mobilização dos diversos atores sociais para a participação e controle social; investir em projetos inovadores e intersetoriais e de construção de indicadores de monitoramento e avaliação, a fim de fortalecer o protagonismo social. Em vista disso, considera-se que uma gestão social que não se apoia nesse critério da sustentabilidade é considerada, nos termos de Boff (2012), vazia e retórica.

- *A dimensão Cultural*

Sachs (1993) define a *sustentabilidade cultural* como o respeito às especificidades da cultura local, garantindo a manutenção e equilíbrio entre o saber tradicional e a inovação. A

partir desta concepção, entende-se que a *Promoção da Saúde* não pode ser planejada isoladamente dos aspectos que envolvem a organização social de uma dada sociedade, pois os condicionantes e determinantes da saúde das coletividades, além do aspecto social e ambiental, estão inter-relacionados ao aspecto cultural, que inclui tradições e valores regionais, onde a principal arena é a família.

Em razão do exposto, os profissionais da ESF/BV foram questionados se a programação das *ações de Promoção da Saúde* desenvolvidas pela equipe tem como fundamento as especificidades culturais da população adscrita. As respostas foram categorizadas no Quadro 18:

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Transcrição dos trechos das narrativas dos entrevistados
Conhecimento popular como complementar ao conhecimento científico.	<p><i>[...] nosso bairro ainda tem muito indígena, vai pro interior passa um tempo, vem pra cá e só pegam medicação e aquela cultura que eles têm lá eles trazem pra cá [...]. A gente tem grupos dentro da comunidade que trabalha muito a questão da fitoterapia, e eu acredito, creio e assimilo e busco esse conhecimento pra mim. Por exemplo, em minhas palestras sobre o dia de preventivo, as garrafadas, a gente trabalha, a gente orienta. A gente vírgula, eles nos repassam esse conhecimento, esse saber, e a gente multiplica dentro da própria roda de conversa sobre as benfeitorias disso [...] a gente vai procurando aprimorar a questão do crajirú, que é um antibiótico [...] A gente se reúne, e junto com a comunidade a gente faz o lambedor, a gente orienta que faça o lambedor [...] Eu digo como faz e dou a receitinha [...]</i> (G:GT; S:F; T:12; V:E).</p>
O grau de instrução como estratégia para que o usuário aceite a terapia proposta	<p><i>[...] a gente tenta falar a linguagem do paciente, eu não posso chegar e falar muito difícil que o paciente não vai entender. Eu tenho que falar numa língua que o paciente entenda [...]</i> (G:GT; S:F; T:1a. 2m;V:T)</p> <p><i>é assim, a gente vai falar de acordo com o nível né daquela pessoa [...]</i> (G:GT; S:F; T:10; V:T).</p> <p><i>Levamos... sempre que a gente tem as atividade de palestras educativas a gente sempre frisa bem essa questão da cultura [...] a gente sempre orienta qual é a forma adequada de se alimentar [...]a agente tem que levar em consideração pra poder orientar o paciente melhor</i> (G:GT; S:F; T:5;V:T)</p> <p><i>É... o aspecto cultural é complicado, porque são culturas que vem atravessando gerações. Aí chega uma pessoa de repente e quer mudar isso, aí se torna muito complicado. Tem que ter muito cuidado pra se conversar, citando exemplos, até chegar ao objetivo que você quer. Quem tem um grau de instrução um pouco mais elevada até que mais fácil. Mais quem não tem que é o que a gente mais trabalha, que são pessoas idosas com mais de 70 anos, é com muito cuidado pra gente conversar com esse povo, pra gente dizer pra ele mudar [...]</i> (G:GT;</p>

	S:M; T:7; V:CLT).
Não considera	<p><i>não temos</i> (G:GT; S:M; T:5;V:S).</p> <p><i>Não. Porque tem pessoas que tomam remédios por auto se medicar [...] Então não é uma cultura certa pra ela, né verdade? pois é isso que eu acho</i> (G:GT; S:F; T:13;V:CL).</p> <p><i>também não [...]</i> (G:GT; S:F; T:10; V:P)</p> <p><i>[...] Tem o pessoal indígena que mora na minha área, eles são de Pacaraima e tem casa aqui, é diferente, eles moram naquela área. (...) Aqui a gente atende como se fosse outro igual, não tem diferença nenhuma não</i> (G:GT; S:F; T:17; V:T)</p>
Não respondeu	<p>Não soube responder (G:GT; S:F; T:11; V:E)</p> <p>Não soube responder(G:GT; S:M; T:9; V:T)</p>

Quadro 18 – Dimensão cultural como fundamento das ações de Promoção de saúde desenvolvidas pela Estratégia em Saúde da Família.

FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013.

Os conteúdos dos trechos das narrativas dos entrevistados revelam divergência entre os profissionais sobre como acolher ou não o saber popular dos usuários atendidos pela ESF da área adscrita na programação das ações de Promoção da Saúde. Muitos não consideram as representações da cultura como condicionante e determinante para o processo saúde adoecimento. Outro grupo compreende o nível de instrução dos usuários como estratégia para que este aceite a terapia proposta. E apenas uma minoria compreende o conhecimento popular como complementar ao conhecimento científico.

Partindo do pressuposto que a ESF configura-se como uma política pública que tem por finalidade ultrapassar o modelo biomédico tradicional (que tem como foco a doença e a cura), tanto a atenção como a gestão da saúde devem ser baseadas na participação da comunidade, permitindo incluir as dimensões subjetivas e sociais do processo saúde-doença.

Nestes termos, a análise de conteúdo do Quadro 18 revela que o choque entre cultura de populações tradicionais indígenas, não indígenas (cultura cabocla e/ou ribeirinha), profissional e usuário são fenômenos comuns na Promoção da Saúde no município de Boa Vista. Embora alguns relatos revelem a contribuição da dimensão cultural na programação e na condução das ações de Promoção da Saúde, esta se revela como estratégia para que o usuário aceite a terapia proposta, manifestando-se muitas vezes, como uma sobreposição do saber científico sobre o popular, à medida que adotam, nas ações de educação em saúde, práticas da medicina convencional como a única possibilidade de êxito na saúde do usuário.

Outro fator a ser considerado, refere-se ao fato da maioria dos profissionais entrevistados não considerarem a subjetividade dos usuários, ratificando o modelo tradicional de assistência para o qual o profissional de saúde é o detentor do conhecimento, não reconhecendo o saber tradicional trazido pelo usuário. Ficando explícito, nas falas do grupo analisado, que poucos acreditam nesta troca de saber como um caminho para uma estratégia que visa à autonomia e a Promoção da Saúde.

Depreende-se que no processo de implementação da Promoção da Saúde é necessário conhecer os saberes e os costumes da comunidade para, assim, propor um processo de educação em saúde que valorize o aspecto cultural do usuário, “ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado” (BRASIL – M/S-POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA, 2012, p. 20).

Em relação a essa dimensão da sustentabilidade, este estudo apoia-se nos argumentos de Leff (2009), para quem a diversidade ecológica e cultural assume um princípio ético, configurando-se como um verdadeiro potencial produtivo que integram um sistema de recursos naturais, culturais e tecnológicos, capazes de reorientar a racionalidade política para a satisfação das necessidades básicas de saúde da população.

Assim, a cultura assume uma função essencial para a eficácia no planejamento das políticas sociais. Para tanto, a atenção deve ser compreendida como indissociável da gestão. Nesta perspectiva, conforme aponta Boff (2012, p. 50), “esta dimensão não pode ser tomada em separado das outras dimensões, mas será seguramente uma das fontes a partir das quais beberá um novo paradigma de convivência”. Somente com a integração da dimensão cultural as outras dimensões, a gestão social poderá ser considerada sustentável.

- *A dimensão Política*

A dimensão *política da sustentabilidade* é defendida mais tarde por Sachs (2002; 2008) como o desenvolvimento da capacidade do Estado em implementar o projeto nacional em parceria com os diversos setores da sociedade em coesão social. Nesta dimensão a governança democrática é o valor central e um instrumento necessário para a eficiência das ações programadas.

Nessa direção, a efetividade da Promoção da Saúde no âmbito do SUS se configura como possibilidade de mudança na forma como os serviços e práticas de saúde se organizam. Nesse novo formato de gestão, a interdisciplinaridade e o estabelecimento de redes de parcerias com os diversos setores local assumem um papel estratégico para a descentralização dos recursos e das responsabilidades.

A ESF propõe ainda a participação dos usuários como uma ferramenta para organizar e orientar os serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (BRASIL – M/S-POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA, 2012). Na tentativa de elucidar como a dimensão política fundamenta a programação das ações de Promoção da Saúde desenvolvidas pela ESF, buscou-se saber do grupo técnico operativo como ocorre a relação da equipe com os usuários, gestores e outros setores afins a saúde. As respostas foram categorizadas no Quadro 19 a seguir:

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Transcrição dos trechos das narrativas dos entrevistados
Tentativa de estabelecimento da participação social por meio de conselhos local de saúde.	<p><i>[...] a gente pensou em criar um conselho do próprio bairro [...] Mas aí a gente parou, porque a equipe não é só enfermeiro. A gente tenta tá desenvolvendo (G:GT; S:F; T:12; V:E).</i></p> <p><i>Eu queria dizer que sim. Eu falei com o secretário de saúde sobre a criação do Conselho Local de Saúde [...] Comecei a orientar minha população da minha comunidade, ele ficou de retornar no dia seguinte de falar comigo [...]. Não chegou o dia seguinte [...]. Eu tentei fazer aqui, mas todo mundo ficou chateado, porque eu tava dando mais trabalho pra eles (G:GT; S:F; T:1a.2m;V:T).</i></p>
Não considera o pilar político	<p><i>Não! Realmente de ter participação nessa tomada de decisão com, com os técnicos né, digamos gestores, a gente não tem não (G:GT; S:F; T:5;V:T) - 07).</i></p> <p><i>tem não, até agora eu não vi não (G:GT; S:F; T:13;V:CL).</i></p> <p><i>Não! Mas isso é muito importante, até porque aqui no bairro, a gente tem classes sociais bastante diversificado [...]. Essa participação da comunidade é um pouco complicado né [...] (G:GT; S:M; T:7; V:CLT).</i></p> <p><i>Não! A Participação social não tem (G:GT; S:F; T:17; V:T).</i></p>
Interação entre atenção e gestão.	<p><i>temos um diálogo durante as reuniões, e as dificuldades né quando a gente sente, quando a gente vê uma necessidade a gente entra em contato com a SMSA [...] (G:GT; S:F; T:10; V:P)</i></p>
Não soube responder	<p><i>não sei te dizer (G:GT; S:F; T:10; V:T)</i></p> <p><i>Não soube responder (G:GT; S:M; T:5;V:S)</i></p> <p><i>Não soube responder(G:GT; S:M; T:9; V:T)</i></p>

Quadro 19 – Dimensão política como fundamento das ações de Promoção de saúde desenvolvidas pela Estratégia em Saúde da Família.

FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013.

Diante dos conteúdos das falas apresentadas no Quadro 19, se evidencia que a sustentabilidade política é fraca, uma vez que, embora sejam visualizadas iniciativas isoladas em estabelecer a participação social por meio de Conselhos Locais de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde no município de Boa Vista, na prática estes não se efetivaram.

Neste ponto, recorre-se ao Art. 198 da Constituição Federal de 1988, as diretrizes do Sistema Único de Saúde e a Lei nº 8142/90 definem a participação cidadina nos Conselhos¹⁸ Locais de Saúde como um instrumento, por meio do qual, os indivíduos manifestam-se enquanto sujeitos do espaço em que vivem, planejando, decidindo e modificando.

Esse é um espaço que precisa ser valorizado pelos trabalhadores e gestores no *modus operandi* da Estratégia em Saúde da Família, pois o fortalecimento da participação comunitária no controle social, no planejamento, execução e avaliação é um dos condicionantes para a eficácia dos resultados de *Promoção da Saúde*, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário. A participação da comunidade nessa perspectiva deve ser direcionada para a melhoria das condições de vida e de saúde dos moradores da área.

Outro aspecto a ser analisado nos depoimentos refere-se à percepção dos membros do Conselho Municipal de Saúde - CMS sobre o processo de participação social da comunidade, pois entendem que a participação social quando ocorre somente no espaço do Conselho, se torna restrita e limitada a um número reduzido de representações e entidades, conforme pode ser observado no relato dos representantes não governamentais a seguir:

[...] nós entendemos que no momento que a comunidade tenha plena consciência de que ela faz parte da administração, ela tem que tá junto com o gestor e junto com o trabalhador na administração da saúde [...], nós também achamos que as reuniões dentro de um espaço do conselho né, elas

¹⁸A Política Nacional da Atenção Básica recomenda que as Unidades de Saúde possuam Conselhos Locais, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários. “O Conselho Municipal de Saúde pode se dividir em Conselhos Locais que ficarão responsáveis pela fiscalização e acompanhamento de perto do que está acontecendo na comunidade [...]. Essa descentralização em conselhos locais deve estar prevista em regimento interno” (BRASIL-TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2010, p.27).

ficam muito restritas, a um número reduzido de pessoas, quando isso poderia estar sendo realizado junto à comunidade (G: GN; S: F; T:21a).

[...] hoje o conselho municipal ele vive aqui dentro dessa sala [...] nós não temos infraestrutura nem condição financeira de está nos deslocando pra alguns locais. [...] Nós não estamos nesses locais ainda porque nós elaboramos semana passada o plano tá, de trabalho, onde, se formos contemplados com o que nós programamos, nós vamos fazer é... quatro conselhos locais em pontos estratégicos. Isso pra descentralizar o conselho e fazermos também reuniões itinerantes. O quê que seria essas reuniões itinerantes? naqueles bairros onde a gente achasse que deveria ter uma reunião, mas não faríamos aqui [se referindo a sede do CMS], nós faríamos lá com ampla divulgação. Então hoje, se você procurar na internet alguma coisa do Conselho Municipal de Saúde você não vai encontrar nada, então foi outra proposta que nós incluímos no plano que foi entregue semana passada pra compor o planejamento de ações da prefeitura (G: GN; S: F; T:18a).

Diante desses depoimentos fica evidente que não há ampla divulgação das atividades desenvolvidas, das formas de participação social e, principalmente, das deliberações do CMS, ferindo um dos princípios do controle social, que é a comunicação e a ausência da comunidade nas discussões, no que se refere ao planejamento de estratégias em Saúde da Família voltadas para a Promoção da Saúde a partir das necessidades da comunidade local.

Assim, entende-se que o Conselho Local de Saúde deve fazer parte do processo de trabalho da ESF, de modo que as decisões coletivas sejam incorporadas no cotidiano dos serviços, moldando o modo de operar os respectivos processos de trabalho, o que implica, na perspectiva da humanização, uma mudança de cultura tanto na atenção quanto da gestão e envolve, ainda, o estabelecimento de redes de cooperação intersetorial¹⁹.

- *Dimensão Econômica*²⁰

Para Sachs (1993; 2002) a viabilidade econômica é a condição *sine qua non* para que as coisas aconteçam. Considera-se que a *sustentabilidade econômica* está relacionada à alocação e gestão eficiente dos recursos provenientes, seja da iniciativa pública ou privada, para superação da limitação do acesso da população à ciência, tecnologia, bens e serviços sociais públicos.

¹⁹ Destaca-se que a avaliação da intersetorialidade foi apresentada no capítulo II, onde foi discutida as estratégias operacionais da gestão social em rede na operacionalização da política de Promoção da Saúde em Boa Vista-RR.

²⁰ Cabe ressaltar que não é interesse desse estudo de caso avaliar o custo-efetividade das ações de Promoção da Saúde desenvolvidas pela ESF.

No caso brasileiro é Dowbor (2008 *apud* BOFF, 2012) que apresenta reflexões na linha de Sachs (2002), postulando uma *democracia econômica* como um desafio aos bens comuns, pois à medida que os bens e serviços públicos, como saúde, educação, transporte, ambiente, água, etc., tornam-se cada vez mais ameaçados ou escassos pelas políticas de cunho neoliberal-privatistas, emerge a necessidade de discutir no campo acadêmico, político e social, formas inovadoras de gestão que assegurem simultaneamente a viabilidade econômica, o acesso equilibrado e a sustentabilidade socioambiental das ações.

Nestes termos, sendo as políticas sociais, dentre estas a saúde pública, um bem comum, faz-se necessário inserir a dimensão econômica nos diversos espaços políticos de decisão, para a garantia do princípio da universalização do acesso aos serviços sociais públicos. Assim, evidencia-se, no conteúdo da fala do representante não governamental, que a viabilidade econômica na Atenção Básica ainda é um obstáculo para a efetivação da ESF no município de Boa Vista-RR.

[...] todas as unidades de saúde [...] fez um relatório com mais de mil páginas, [...] com material fotográfico, mostrando a precariedade da estrutura física, da falta de profissionais, os equipamentos, os mobiliários. Tudo isso, falta de medicamentos, falta de material pra limpeza, falta, falta, falta, falta, tudo falta. Baseado nisso foi decretado estado emergencial da saúde, entendeu? (G: GN; S: F; T:21a).

Analisando numa outra perspectiva, esta situação reflete a baixa efetividade do sistema local e, conseqüentemente, a fragilidade na rede de atenção que não garante o acesso aos demais serviços especializados. Ao mesmo tempo pode também está relacionada à baixa capacidade do município em planejar políticas que melhorem a qualidade de vida de forma intersetorial e desenvolvimento de tecnologias que fortaleçam a gestão. Isso leva ao discurso da gestão, como foi apresentado no Capítulo II, da insuficiência de recursos como entrave para a Promoção da Saúde.

Assim os profissionais da ESF/BV foram questionados se a programação das ações de Promoção da Saúde desenvolvidas pela equipe tem como fundamento a realidade econômica da população adscrita. As respostas foram categorizadas e apresentadas no Quadro20 a seguir:

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Transcrição dos trechos das narrativas dos entrevistados
<p>Situação Financeira como condição para o acesso a bens e serviços</p>	<p><i>essa minha macro, ela tem uma condição de vida um pouco melhor, existe desemprego? existe. Porque qual é problema do fator econômico? Jovens, adolescentes grávidas desempregadas [...] (G:GT; S:F; T:12; V:E).</i></p> <p><i>É... por aqui é mais classe média. E tem muita gente que tem plano de saúde [...] os Agentes de Saúde reclamam, é... ‘eles nem abrem a porta pra mim porque disse que tem plano de saúde’, mas a gente vai levando né. Qualquer coisa pode vim no posto. Até porque um tratamento de tuberculose tem que ser feito no posto mesmo né. Particular pode não ter o remédio (G:GT; S:F; T:10; V:T).</i></p> <p><i>importante, pois temos apenas do público, porém muitos sem bens ou serviços (G:GT; S:M; T:5;V:S).</i></p> <p><i>que ele necessite de algum recurso que nós não temos como suprir, é a mesma questão de ver a rede pra onde a gente vai encaminhar pra vê se vai resolver [...]. As vezes é um problema bem econômico mesmo, mais infelizmente tem tudo haver com a saúde [...] (G:GT; S:F; T:5;V:T).</i></p> <p><i>As pessoas hoje tem acesso a consulta e não paga nada por isso, exames de alto custo como ressonância, tomografia, né. Antigamente não tinham acesso a esses tipos de exames se não pudesse pagar. O pobre nunca ia poder fazer um exame desses né(G:GT; S:F; T:10; V:P).</i></p> <p><i>O que a gente vê é que quando se tem um poder aquisitivo um pouco melhor pouca gente vem aqui. Mais o pessoal que tá um pouco mais baixo, constantemente vem no posto e nós como Agente de Saúde, a gente vê isso na pele [...] (G:GT; S:M; T:7; V:CLT).</i></p>
<p>Ausência de recursos financeiros determinante para ações de Promoção da Saúde cada vez mais escassas.</p>	<p><i>eu vejo que não. Porque o SUS me mostra muitas coisas, e foi aí que eu fui abrir os olhos, eu vi que poderia ser muito melhor, e nós não temos dinheiro entrando pra fazer nenhum programa pra nada, nada, nada. E o SUS me mostra que tem interesse em melhorar [...] (G:GT; S:F; T:1a. 2m;V:T)</i></p> <p><i>não! (G:GT; S:F; T:13;V:CL)</i></p>
<p>Não soube responder</p>	<p>Não respondeu (G:GT; S:F; T:11; V:E)</p> <p>Não soube responder(G:GT; S:M; T:9; V:T)</p> <p><i>Acho que essa pergunta não é pra mim não! De jeito nenhum, essas aí não (G:GT; S:F; T:17; V:T)</i></p>

Quadro 20 – Dimensão econômica como fundamento das ações de Promoção de saúde desenvolvidas pela Estratégia em Saúde da Família.

FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013

Observa-se que nas respostas predominam o entendimento do aspecto econômico como condição financeira para acesso a bens e serviços, ou seja, prevalece a cultura de que, quem tem dinheiro e pode pagar usa a iniciativa privada, enquanto os que não podem pagar

destinam-se os serviços públicos. Nesta linha entende-se que a privatização²¹ da saúde fere os princípios da equidade e universalidade em decorrência de práticas mercantilistas que levam a exclusão social. Como demonstrado em pesquisa empreendida pelo IPEA em 2013, onde “parte da população brasileira tem acesso às ações e aos serviços de saúde tanto com financiamento público quanto com financiamento privado” (p. 93).

Essa realidade corrobora com as análises empreendidas por Bravo (2010), de que dois projetos estão em disputa desde os anos 1990, de um lado, a consolidação da reforma sanitária, perdendo cada vez mais espaço. E de outro, o projeto privatista da saúde que defende os interesses do grande capital nessa área lucrativa dos serviços sociais.

Sob esse prisma, Soares (2012, p.88) afirma que “os serviços de saúde tornam-se cada vez mais espaços de supercapitalização e relevante fonte de investimento e lucratividade capitalista”. Compreende-se que, quanto mais precarizado forem os serviços de saúde pública mais cresce o mercado de serviços privados. Dessa forma, a intervenção sobre as expressões da questão socioambiental, dentre elas o processo saúde-doença, tornam-se espaços de lucratividade e hegemonia política do grande capital.

Outro aspecto a ser observado no conteúdo das narrativas refere-se à predominância de práticas tradicionais em saúde centrada no indivíduo, de caráter curativo e focalizada nos grupos e segmentos mais pauperizados da classe trabalhadora, o que nos leva a perceber que as *ações de Promoção da Saúde*, que devem ser voltadas para uma maior reflexão, mobilização, orientação e informação em torno do direito à saúde e sobre os determinantes sociais, tornam-se cada vez mais escassas nos processos de trabalho da ESF.

Visto por esse prisma, entende-se que a questão socioambiental nos leva a repensar os paradigmas da economia e a abordagem de redes como expressão de novos arranjos organizacionais diante do esgotamento da capacidade de integração das instituições representativas tradicionais. Entende-se que para alcançar a sustentabilidade das ações de Promoção da Saúde na ESF, tanto a gestão como as equipes locais precisam equilibrar a articulação entre as dimensões territorial, social, ambiental, cultural, política e econômica da política de saúde. A análise específica da eficácia, eficiência e efetividade será apresentada a seguir, em que serão identificados os principais *subprocessos* apresentados por Dribe (2001).

²¹Ressalta-se que não é interesse desse estudo enveredar por essa perspectiva de análise. Sobre a Privatização do SUS ver BRAVO, M.I.S; MENEZES, J. S.B [org]. Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos. São Paulo: Cortez, 2012.

3.3.1 Análise de política com foco na eficácia

Segundo Arretche (2007) a avaliação de eficácia é, por natureza, uma avaliação de processo, que busca identificar os fatores materiais e institucionais que operam como condicionantes positivos ou negativos no processo de implementação de uma dada política social sob análise.

Sob essa perspectiva, parte-se do entendimento que a avaliação de eficácia está relacionada ao *subprocesso ou sistema de divulgação e informação* proposto por Dribe (2001), uma vez que se apoia nos meios de divulgação e circulação de informações qualificadas entre os profissionais e beneficiários envolvidos no processo. O processo de divulgação e informação é indispensável para a concretização de um determinado programa.

Sobre esse aspecto, os profissionais do grupo técnico-operativo da ESF revelaram que este é um trabalho contínuo, porém fragilidades foram identificadas em algumas equipes, onde esse trabalho de divulgação e informação é pontual e sem continuidade, conforme os relatos a seguir:

Posso falar por mim. No ano passado tinha uma médica muito empática com a comunidade, que ela passou num concurso e foi embora pro estado dela, mas a gente fez um trabalho com a comunidade [...] porque antigamente o paciente era cego não conhecia os direitos dele no SUS, e a gente começou a informar, [...] Mais aí a gente parou, porque a equipe não é só enfermeiro. E o enfermeiro, infelizmente, todas as atribuições burocrática compete a ele e eu preciso de parceiros dentro da equipe, que seria a figura do médico, pra poder ter um trabalho mais ágil e que compartilhe comigo também as obrigações, os problemas, em tudo. [...] Depois que essa minha médica saiu não entrou mais nenhum médico com comprometimento. Cada um entrava e chegava oito e meia, nove horas, atendia e ia embora. E a Estratégia em Saúde da Família não é isso [...]. De forma alguma, PSF é promoção e prevenção, ou então tá tudo errado, não se intitule Estratégia em Saúde da Família, porque isso não faz parte das diretrizes da equipe de Estratégia (G:GT; S:F; T:12; V:E).

Sempre foi, no início de cada equipe a gente fez. Bom... isso aí faz tantos anos que eu fiz isso, que agora só mudando de trabalho (G:GT; S:F; T:17; V:T)

A gente sempre andou nas micro-áreas. Normalmente quando a gente anda, a gente apresenta como é a Estratégia da Saúde da Família. Na visita

domiciliar o tempo inteiro. Então eu acho que é feita no dia a dia e não em uma palestra, pra falar disso não (G:GT; S:F; T:10; V:T).

[...] Inclusive a nova direção enfatiza muito isso, vamos levar pro povo, pra população, porque nós passamos um período sem médico porque na casa de saúde não é só médico. E muitas vezes a pessoa só queria vim se tivessem médico. E aí tem que enfatizar que a casa de saúde não é só o médico, tem o enfermeiro, tem a farmácia, tem os técnicos, a sala de curativo, tem a sala de nebulização, então a gente fez muito isso. E essa coisa de preconização do SUS, você tem direito, então vamos dá valor ao que é nosso(G:GT; S:M; T:7; V:CLT)

Cabe lembrar que uma das *diretrizes da Política de Promoção da Saúde* está voltada para a *divulgação e informação* das iniciativas voltadas para essa finalidade, tanto para profissionais de saúde e gestores, quanto para os usuários do SUS. Para tanto, a política recomenda que seja considerada metodologias participativas e o saber popular tradicional, a fim de garantir a sustentabilidade das ações. Dessa forma, o processo de divulgação e informação entre os atores sociais envolvidos no processo, torna-se uma estratégia essencial e primordial para a eficácia dos serviços.

Outra estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde para a implementação das ações de Promoção da Saúde na atenção básica é o desenvolvimento de qualificação para profissionais de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde. Esta estratégia converge com o *subprocesso* ou *sistema de capacitação* proposto por Dribe (2001), uma vez que se apoia no desvelamento da existência de capacitação interna ou externa para os atores responsáveis pela implementação e execução de uma política social.

Diante do exposto, buscou-se saber dos profissionais representantes da gestão da SMSA, dos profissionais da ESF e do parceiro, se houve antes da implantação das ações de Promoção da Saúde previstas no Plano Municipal de Saúde de Boa Vista-RR, estratégia de capacitação/qualificação para informar os atores sociais envolvidos na execução das ações sobre as diretrizes políticas, objetivos e metodologia preconizada na política de Promoção da Saúde. As respostas foram agrupadas e categorizadas no Quadro 21 a seguir:

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Transcrição de trechos das narrativas dos entrevistados
Formação destinada aos profissionais técnico-operativos	<i>Os médicos que entram na estratégia em saúde da família eles são capacitados, os Agentes Comunitários de Saúde, então eles são os que têm uma capacitação mais frequente, pelo menos a noção básica essa eles tem. A capacitação é feita pelo ETSUS, que é a escola técnica do SUS pelo Estado [...] Quem fica mais prejudicada são as áreas técnicas/gestores da secretaria,</i>

	<p><i>porque não vem recurso específico pra eles [...] (G:GG; S:F; T:3; V:C).</i></p> <p><i>sim, por meio das oficinas e reuniões [...] (G:GG; S:F; T:3;V:T).</i></p> <p><i>[...] De acordo com a necessidade [...] vai-se implantar uma nova política, se programa uma capacitação que procure abranger um maior número de trabalhadores possíveis né! Mas em geral anual né! [...] (G: GG;S: F; T: 7; V: E).</i></p> <p><i>[...] eu acho que se a gente teve uma qualificação foi bem antes, logo que iniciou o PSF [...] (G:GT; S:F; T:10; V:T).</i></p> <p><i>O único curso que eu fiz aqui foi o técnico de Agente Comunitário de Saúde, que nós só fizemos o primeiro módulo [...] (G:GT; S:F; T:13;V:CLT).</i></p> <p><i>olha sempre teve sim as qualificações (G:GT; S:F; T:5;V:T).</i></p> <p><i>Foram, tivemos reuniões pra isso (G:GT; S:F; T:10; V:P).</i></p> <p><i>[...] de uns quatro anos pra cá deixou muito a desejar, se tivemos cinco foi muito [...] (G:GT; S:M; T:7; V:CLT).</i></p> <p><i>foi, assim que foram contratados, na próxima semana... já teve uma semana de capacitação, pra explicar como que funciona o planejamento, a execução. A própria saúde quem que fez (G:P; S:F; T:7m; V:S).</i></p>
<p>Não tiveram formação</p>	<p><i>Não!(G: GG;S: F; T: 2; V: T)</i></p> <p><i>Com relação a isso eles ainda não foram qualificados mais a gente tá trabalhando pra poder qualificar eles [...] não é só a nossa coordenação que trabalha com Promoção da Saúde [...] tem um calendário que é montado pra essas capacitações, e realmente nós ainda não teríamos uma capacitação nesse sentido da Promoção da Saúde, e a rotatividade atrapalha muito (G:GG; S:M; T:3; V:E).</i></p> <p><i>eu acho que não, porque eu não vejo. Eu não fui. Eu vou falar por mim, eu não fui [...] nessa unidade eu não vi fazer (G:GT; S:F; T:1a. 2m;V:T).</i></p> <p><i>[...] eu creio que assim como eu não fui, eu acredito que meus colegas também não foram [...] (G:GT; S:F; T:12; V:E)</i></p> <p><i>Não. Porque somos contratados apenas para cumprir metas (G:GT; S:M; T:5;V:S)</i></p> <p><i>os Agentes de saúde, teriam que fazer uma reciclagem com eles, a educação permanente, mas não há, porque o médico não coopera entendeu, isso aí teria que ser a equipe completa, a enfermeira e um médico para fazerem esse trabalho (G:GT; S:F; T:17; V:T).</i></p> <p><i>Não sei te dizer. Mas eu não fui(G:GT; S:F; T:11; V:E).</i></p> <p><i>Não! (G:GT; S:M; T:9; V:T)</i></p>

Quadro 21 – Capacitação/qualificação sobre as diretrizes políticas, objetivos e metodologia preconizada na política de Promoção da Saúde.

FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013.

A educação permanente é outro desafio a ser superado pela gestão municipal no âmbito da SMSA/BV. Percebe-se, segundo a análise de conteúdo das narrativas dos sujeitos da pesquisa, que o processo de qualificação/capacitação não contemplou todos os profissionais envolvidos na implementação e operacionalização da política de Promoção da Saúde, uma vez que, no período de 2010 a 2013, este não foi um processo contínuo no município de Boa Vista-RR. As iniciativas voltadas para a qualificação foram destinadas apenas ao grupo técnico-operativo, ficando a equipe técnica-gestora prejudicada.

Depreende-se que o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as *práticas de promoção de saúde* e com os usuários em suas diferentes necessidades. Para tanto, é preciso que os municípios e seus respectivos órgãos gestores programem uma política voltada para a qualificação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde. É nesse ponto que se insere a Política de Humanização, concebida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações transversais em toda a rede SUS, dentre estes cabe destacar “[...] a educação permanente para a construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos coletivos” (BRASIL, 2004, p. 10).

As ações de educação permanente em saúde envolvem, segundo o Ministério da Saúde:

[...] a articulação entre educação e trabalho no SUS, visando à produção de mudanças nas práticas de formação e de saúde. Por meio da Educação Permanente em Saúde articula-se o ensino, gestão, atenção e participação popular na produção de conhecimento para o desenvolvimento da capacidade pedagógica de problematizar e identificar pontos sensíveis estratégicos para a produção da integralidade e humanização (BRASIL, 2008, p. 59).

A essa questão da não qualificação, acrescenta-se a alta rotatividade dos profissionais que atuam tanto na gestão como nas equipes de ESF devido à precarização das relações de trabalho que permeiam a gestão pública no município de Boa Vista, diminuindo a eficácia das ações planejadas. Sobre essa questão, destaca-se o seguinte relato:

Não... é como eu falei, as indicações, as ocupações dos cargos de gestão são todos por indicação. A qualificação é cotidiana no dia a dia e partindo do

interesse de cada gestor né. [...] Mas até a minha saída de lá nunca aconteceu nesse setor essa questão responsável [...] (G:GG; S:F; T:3;V:T)

Ficou evidente no discurso dos representantes da gestão (Quadro 21) a existência de poucas iniciativas de capacitação ou qualificação em saúde. Quando realizadas, os principais mecanismos para a efetivação de educação permanente foi o desenvolvimento, conforme a necessidade da gestão, de oficinas e reuniões pontuais de responsabilidade da esfera Estadual por meio da Escola Técnica do SUS-ETSUS. Quando referida a possibilidade de iniciativa local, a representante da Educação revela que as capacitações são de responsabilidade da saúde, sendo estas realizadas na sede do município.

Na tentativa de identificar a existência de participação efetiva dos beneficiários do SUS no processo de construção das *ações de Promoção da Saúde* contempladas no Plano Municipal de Saúde e desenvolvido pelas equipes da ESF, foi questionado aos representantes da gestão e aos profissionais técnico-operativos a existência de canais de discussão com os moradores da área de abrangência nesse processo de implementação, as respostas foram categorizadas no Quadro 22 a seguir:

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Transcrição de trechos das narrativas dos entrevistados
Sem canais de discussão	<p><i>Não! [...] por conta de mudanças, a cada cabeça que entra é uma visão diferente que não dá continuidade no que já iniciou, infelizmente ainda temos muito disso (G:GG; S:F; T:3; V:C).</i></p> <p><i>Não [...] Nunca pensei em ir lá e perguntar, talvez minha mente ainda esteja fechada pra isso (G:GT; S:F; T:10; V:T).</i></p> <p><i>Não. Porque os moradores querem apenas consulta (G:GT; S:M; T:5;V:S).</i></p> <p><i>Não! [...] discutir essas ações com eles não. Nunca teve (G:GT; S:F; T:13;V:CLT).</i></p> <p><i>[...] Sempre foi pra eles serem inclusos né, mas muitas vezes [...] não tem como se reunir com a população pra discutir o que vai ser planejado né. Então a participação deles é muito limitado (G:GT; S:F; T:5;V:T).</i></p> <p><i>[...] Nós temos uma população que aprendeu a cultura de ficar calado né. Não sabem se impor e dizer o que quer [...] A população é meio complicada, ainda falta muito essa cultura de eles participarem (G:GT; S:M; T:7; V:CLT).</i></p> <p><i>Não, a população não participa (G:GT; S:M; T:9; V:T).</i></p> <p><i>Não! Porque não! não tem. Da comunidade? Nunca tentou fazer entendeu? [...] (G:GT; S:F; T:17; V:T).</i></p>

	<p><i>Existe, porque uma das minhas tarefas é a criação do conselho local de saúde [...]Mas eu ainda não consegui sentar com minha equipe pra fazer isso (G:TG; S:F; T:1a. 2m;V:T).</i></p>
<p>Conselho de saúde/ Conferências como canal de participação por representatividade</p>	<p><i>Apenas no conselho Municipal de saúde [...] Esse era o único canal. Nós mesmos... não tinha um canal direto com a população(G: GG; S: F; T: 2; V: T).</i></p> <p><i>Existe, quando você faz anualmente uma Conferencia Municipal que é a participação de toda a sociedade, toda população [...] (G:GG; S:M; T:3; V:E).</i></p> <p><i>Olha, o momento em que você consulta a sociedade [...] em geral é nas conferencias [...] (G: GG; S: F; T: 7; V: E).</i></p>
<p>Mini rede como canal de participação</p>	<p><i>[...] tirando o conselho municipal, a prestação na Câmera, as ações de participação dessa ouvida, dessa escuta, pelo menos no programa de saúde do idoso era feita de que forma? Pelos CRAS [...] toda vez que se faz uma visita nos CRAS [...] sempre colocávamos, qual é a necessidade de vocês? O que vocês acham de ter maior participação da população idosa [...] (G:GG; S:F; T:3;V:T).</i></p> <p><i>Existe. Nós temos a caixinha de sugestões, ela é aberta a cada 3 meses e nessa caixinha a gente primeiro abre pra interno pra saber quais são as queixas e pra saber se a gente tem resolutividade. Também fazemos essa mini rede com as comunidades nas escolas [...] (G:GT; S:F; T:12; V:E).</i></p> <p><i>Existe porque dentro do PSE, dentro das escolas do município, tem o programa Mais Educação [...] É assim que funciona, a comunidade participa mais nas reuniões e na Escola Aberta, aí insere a Escola Aberta e o PSE (G:P; S:F; T:7m; V:S).</i></p>

Quadro 22 – Canais de discussão com os moradores da área de abrangência para a construção das ações de Promoção da Saúde.

FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013.

As narrativas majoritárias dos profissionais técnico-operativos indicam que na maioria das vezes não existem canais de discussão com os moradores da área de abrangência da ESF para a construção das ações de Promoção da Saúde. Esta iniciativa se limita, na visão dos representantes da gestão, ao Conselho Municipal de Saúde e as Conferencias Municipais de Saúde. Entretanto, apesar do representante da gestão (G:GG; S:M; T:3; V:E) se referir que a participação por meio da Conferencia Municipal ocorre anualmente, é de conhecimento público, conforme preconiza o artigo 1º da lei 8142/90, que “as conferencias de saúde reunir-se-á em cada esfera de governo a cada quatro anos”. Nestes termos, a baixa capacidade de articulação com os beneficiários reduz a capacidade de formulação de propostas de Promoção da Saúde e a sustentabilidade das ações.

Outra estratégia adotada por um pequeno grupo, refere-se à adoção de uma mini rede como canal de participação, em que se busca ouvir as demandas dos segmentos da sociedade. A mini rede, citada pela profissional da ESF, refere-se às relações interpessoais pré-existente entre a equipe da atenção básica e os profissionais dos outros serviços disponíveis na mesma base territorial, sendo esta mais direcionada à educação. As ações direcionadas aos Centros de Referência e Assistência Social, segundo o representante da gestão, estão mais voltadas para a população idosa. Contudo, não é identificado nos relatos o estabelecimento de parcerias para o planejamento de ações, a partir da contextualização dos riscos e necessidades de saúde local.

Por outro lado, embora alguns profissionais enfatizem em seus relatos a importância de promover a participação da população por eles assistida, na prática este incentivo não é tão contundente. Outras unidades investem no desenvolvimento de escuta permanente dos usuários por meio de caixinhas de sugestões. No entanto, nem sempre essas questões trazidas pelos usuários são repassadas para as equipes.

Eu vi só uma vez, porque quando eles tavam abrindo a caixa [...] aí eu não vi o resultado de nada [...]. Num tô dizendo que nunca vi isso. Só vi uma vez da caixa, mais não falaram nada, não passaram nada(G:GT; S:F; T:13;V:CL)

Outro empecilho para a efetiva participação da comunidade, seja em atividades de planejamento ou de avaliação, ou em processos mais ligados à *Promoção da Saúde*, consiste na dificuldade dos profissionais em valorizar a dimensão cultural dos usuários, como já demonstrado no Quadro 18, em que nos relatos, alguns profissionais enfatizam a necessidade de se colocar no mesmo nível do usuário, recusando uma relação tipo hierárquica.

Sendo a participação social no planejamento e avaliação uma das diretrizes da Estratégia em Saúde da Família e da Política de Humanização para a Promoção da Saúde, Nogueira, M.A. (2011) indica que a participação cidadã deve ser entendida para além do formal e do burocrático, mas como um recurso gerencial e relevante para a sustentabilidade das políticas públicas.

Ainda sobre a eficácia do programa, os proponentes foram questionados se as *ações de Promoção da Saúde* que foram desenvolvidas pelas equipes de ESF alcançaram os objetivos propostos. As principais respostas foram categorizadas no Quadro 23 que segue:

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Transcrição de trechos das narrativas dos entrevistados
Exequibilidade	<p><i>Não! Não porque pelo que eu estou vendo, os objetivos do SUS estão longe de serem alcançados. Nós não temos essas informações qualitativas pra dá, então tá muito longe de serem alcançado. Eu não vou dizer que há coisas que são mascaradas pra dizer que nós estamos atingindo esses objetivos. Mas se você for a fundo você vai ver que não estão (G:GT; S:F; T:1a. 2m;V:T).</i></p> <p><i>Não! a falta de suporte, medicamentos e outros, faz com que o objetivo não seja alcançado (G:GT; S:M; T:9; V:T).</i></p> <p><i>Mais ou menos né! Porque não é alcançar objetivo, como? Se não tem avaliação, se nós mesmo que fazemos a nossa avaliação, a gente é quem faz a nossa estratégia, entendeu? (G:GT; S:F; T:17; V:T).</i></p>
Viabilidade	<p><i>[...] Os preventivos a gente sempre ultrapassa. Olha de tuberculose, por exemplo, tem uma área descoberta grande é... por exemplo, nessa vila que a gente tem um caso recente de tuberculose e precisa atingir a meta de avaliar os contatos é muito difícil [...] Então tem horas que são problemas sérios mesmo que a gente tem dificuldades, eu sei que naquela vila eu tenho que avaliar os contatos, mas a gente tem dificuldades [...], então tem vários problemas, não é só esse (G:GT; S:F; T:10; V:T)</i></p> <p><i>Moderado né. Não 100% não. A gente poderia alcançar mais né, mas assim, no momento a gente considera no nível moderado (G:GT; S:F; T:5;V:T)</i></p>
Não soube responder	<p><i>Não sei não! (G:GT; S:F; T:11; V:E)</i></p> <p><i>Não sei dizer! (G:GT; S:M; T:5;V:S)</i></p>

Quadro 23: Alcance dos objetivos propostos na percepção dos sujeitos técnico-operativos.
 FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013

Ressalta-se que o objetivo da Estratégia em Saúde da Família no município de Boa Vista-RR foi *realizar um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo, dirigidas a populações de territórios definidos, envolvendo a promoção, prevenção, vigilância em saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da vida*. Então é possível observar no conteúdo das falas dos entrevistados que as dificuldades para o alcance dos objetivos estão relacionadas a *exequibilidade*, uma vez que em algumas equipes não foi possível realizar ações voltadas para a Promoção da Saúde; e a *viabilidade* por conta do tempo ou falta de acesso da equipe à população da área adscrita.

Isso significa que embora o relatório de gestão apresente resultados, isso não significa que na prática tenha alcançado seus objetivos, outro fator que contribui para a baixa eficácia das ações, refere-se às estratégias de implementação (oficinas e reuniões) que não aconteceram de forma contínua e com qualidade para viabilizar: o alcance pleno do objetivo

geral do programa, a articulação das práticas de promoção, a prevenção e recuperação da saúde e a manutenção da vida.

Com base nos relatórios oficiais disponibilizados pelo Conselho Municipal de Saúde, não é possível visualizar de forma clara os dados quantitativos que expressam o alcance dos objetivos dos Programas Estratégicos desenvolvidos pela ESF. Da mesma forma é possível verificar fragilidades tanto na elaboração e utilização do Plano Municipal de Saúde quanto no relatório de gestão, bem como semelhanças entre esses dois instrumentos.

No entanto é possível visualizar, a partir da análise desses relatórios, que na concepção dos gestores, apesar de todas as dificuldades financeiras que o município vem passando desde 2011, as metas estabelecidas em cada programa estratégico foram cumpridas até 2012, ficando o primeiro quadrimestre de 2013 comprometido devido "a falta de profissionais, principalmente da classe médica, ocasionando numa diminuição do número de atendimentos, visto que no Primeiro Quadrimestre, das 55 equipes, 21 estavam sem este profissional" (RELATÓRIO DE GESTÃO DA SMSA, 1º QUADRIMESTRE 2013, p. 319).

Destaca-se que foram identificados ainda limites devido os resquícios de práticas tradicionais, que se distanciam dos moldes da Promoção da Saúde, uma vez que os relatos apontam para práticas educativas verticalizadas e patologizantes, distanciando-se do fomento de ações que permitam o empoderamento da família, no que se refere à autonomia e enfrentamento dos determinantes sociais. Essa informação pode ser depreendida das respostas que seguem:

[...] quando eu chego aqui o mapa tá lotado mais do que deveria estar né. Então são coisas que realmente eu não consigo fazer, quando eu termino, as vezes as enfermeiras já foram embora, quando eu chego ela não chegou, ou as vezes não dá certo. [...] Porque nós deveríamos já ter tido reunião toda semana, mas nós não temos. Pra poder planejar algumas estratégias, elaborar algumas coisas, informação, educação em saúde, educação pro ACS, pra que eles possam fazer busca ativa pra meus pacientes que estão faltosos. Nós não temos informação para paciente que estão com atrasos no tratamento, nós não temos informações de nada. Nós só temos essa informação sim... de paciente com tuberculose e hanseníase porque são dois ou três pacientes. Mas agora, a maioria que são cento e pouco ou duzentos e pouco nós não temos controle desses pacientes, porque são muitos e não tem um planejamento de alguma coisa pra esses pacientes hipertensos e diabéticos(G:GT; S:F; T:1a. 2m;V:T)

O que a gente tá dando prioridade no momento é a formação de grupos que a gente fixa por exemplo, estamos com um grupo bem definido que é o de hipertenso e diabetes. Toda quarta a gente reúne e dá orientação da

promoção né, e orienta também sobre prevenção. [...]. Esse tá sendo o principal foco, mas existe outras estratégias também, a visita domiciliar, a questão nas escolas, estamos levando as palestras, as buscas ativas de pacientes com tuberculose e hanseníase. [...] A gente tem um cronograma né, o médico e o enfermeiro fazem a visita semanalmente.[...] Mas dependendo da necessidade a gente faz visitas extra-horário(G:GT; S:F; T:5;V:T).

[...] a gente trabalha a priorização com os grupos de riscos, por exemplo, o índice de preventivo está um pouco baixo, vamos fazer uma campanha somente pra preventivo. Então o Agente de Saúde cai em campo de abrangência nossa, ‘já fez preventivo?’ ‘ainda não fez?’ quem não tiver feito a gente encaminha, agenda a consulta. A mesma coisa é feita com os idosos, com as crianças menores de 5 anos. ‘Tão com a vacina em dias?’ ‘tem umas 4?’ então vamos correr atrás. Aí a gente consegue. A Bolsa Família a mesma coisa chega relatoria da Bolsa Família. Cada Agente mapeia a sua área e corre atrás. ‘Vamos lá! tem que pesar’, ‘tem que consultar’, ‘tem que fazer preventivo’. Tem que trabalhar desse jeito. Como a gente tem o grupo de idosos, porque os idosos é melhor de vir ao posto de saúde, a gente trabalha muito com hipertenso e diabéticos né, também trabalha com as gestante, a questão do aleitamento materno, a questão dos seis primeiros meses da criança que tem muitos que ainda não entende bem isso, a gente trabalha muito em cima disso. As palestras eles são pra ser uma vez por mês ou toda semana de acordo com o grupo de risco que tiver ali, é uma pra gestante, é pra idoso, pra jovens, é meio complicado pra jovens, mas a gente tá indo nas escolas (G:GT; S:M; T:7; V:CLT).

Ainda tentando apreender a eficácia dos resultados, destaca-se o sistema interno de monitoramento e avaliação de um programa social, que segundo Dribe (2001) é indispensável para verificar a abrangência de seus resultados, pois estes têm por finalidade examinar se os conteúdos e métodos utilizados “contribuíram para a melhora da implementação e para a maior efetividade do programa” (p. 34). Além disso, assim como sinalizado por Belloni (2003), avaliar as ações de um determinado programa é uma estratégia gerencial que fundamenta a tomada de decisão, no sentido de conhecer, compreender, aperfeiçoar e orientar as ações durante a implementação de um programa social. Sob essa ótica buscou-se investigar junto aos representantes da gestão entrevistados se a SMSA/BV realizou algum tipo de monitoramento ou avaliação das ações do programa e de que forma essas ações foram realizadas, conforme os relatos a seguir:

[...] no início o monitoramento e a avaliação ficou prejudicado, porque a pessoa que estava na época que era desse período [...] saiu por questões políticas, infelizmente a ingerência política dentro da secretaria (G:GG; S:F; T:3; V:C).

Então..., através dos relatórios, através dos indicadores, a gente vai acompanhando mensalmente [...] as metas que ia sendo realizadas, se tava compatível [...]. E quadrimestralmente, porque os relatórios, o formato é esse, quer dizer, nesse período ainda era trimestral e recentemente, há uns dois anos ele passou a ser quadrimestral. E reuniões com as equipes né! [...] (G:GG; S:F; T:7; V:E)

[...] tem os supervisores, que eles estão todos os dias nas escolas, eles fazem essa supervisão. Como são muitas escolas e são seis supervisores, aí eles têm a ficha de monitoramento, leva, preenche, traz pra mim no final do mês, quem vem é o próprio coordenador, não é mais o supervisor, ele só supervisiona anota o que tá faltando, o que tá pendente [...] (G:P; S:F; T:7m; V:S)

A fim de qualificar a análise sobre o processo de monitoramento e avaliação, também foi questionado aos profissionais, se em algum momento os beneficiários do programa participaram das atividades de avaliação, as principais respostas foram categorizadas no Quadro 24:

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Transcrição de trechos das narrativas dos entrevistados
<p>Participação representativa</p>	<p><i>a participação da população poderia dizer que é só o conselho, por meio de suas representatividades, não tinha membros da comunidade de usuários do SUS participando [...] Não tinha momentos que a gente sentasse com a população idosa e avaliasse ou com qualquer outra população a satisfação ou a insatisfação. Era por meio da população aderir ou não aquela intervenção que agente tinha a noção de satisfação ou insatisfação que se observava</i> (G:GG; S:F; T:3; V:T).</p> <p><i>Não! não era uma pratica. Falando bem... aí faça um parêntese, a não ser no dia a dia, não mensalmente, não. Depois quando é feito a prestação de contas, aí no conselho você tem a representatividade do usuário, são 50%, de certa forma você tem a participação né? Da comunidade, não da comunidade, mas da participação social, que é a devolutiva porque eles são... 50% é representante de usuário, aí a gente tem presidente de bairro, pessoas de movimentos sociais, então de certa forma tá sendo submetido [...]</i> (G: GG; S: F; T: 7; V: E)</p>
<p>Avaliação restrita aos técnicos da gestão</p>	<p><i>Não, nunca pensamos nisso, pelo menos ninguém aqui do nosso setor nunca pensou, é mais específico aqui na coordenação, aí a gente não envolve a população</i> (G:GG; S:M; T:3; V:E)</p> <p><i>Não. Porque nós não temos Conselho Local de saúde</i> (G:GT S:F; T:1a. 2m;V:T).</p>

Quadro 24 – Participação da comunidade no processo de avaliação.

FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013

A análise de conteúdo das respostas dos profissionais revela que as ações de avaliação e monitoramento são realizadas, contudo fica *restrita aos técnicos da gestão* e os resultados

são apresentados apenas ao Conselho Municipal de Saúde. Depreende-se que os instrumentos de avaliação dos resultados das ações de Promoção da Saúde existentes não estão respeitando os princípios de uma gestão democrática e participativa.

Sobre essa questão é preciso considerar o que dispõe a Política Nacional de Atenção Básica na perspectiva da Humanização, que recomenda uma gestão democrática e participativa integrando gestores, trabalhadores e usuários, onde o monitoramento e a avaliação devem ser realizados de forma sistemática a fim de readequar o processo de trabalho e alcançar a sustentabilidade das ações.

Em relação às principais dificuldades encontradas pelos profissionais entrevistados para o bom desenvolvimento das ações planejadas foram:

- Desconhecimento da política;
- Ausência de dados oficiais fidedignos;
- Ausência de continuidade no processo;
- Falta de recursos;
- Ausência de participação da população/comunidade;
- Ausência de uma educação popular para prevenção;
- Ausência de organização das ações;

Essas dificuldades tem estreita relação com a operacionalização das ações e requerem uma readequação do processo de planejamento. Para tanto, faz-se necessário o fortalecimento de uma gestão em rede, mas também o empoderamento político dos sujeitos envolvidos, uma vez que esses atores não se sentem inseridos nesse processo. Assim, entende-se que uma gestão ancorada nos princípios democráticos é fundamental para a garantia da sustentabilidade e da eficácia dos resultados.

3.3.2 *Análise de política com foco na eficiência*

A eficiência de uma determinada política está relacionada à otimização dos recursos utilizados para implementação de um programa, ou seja, é a relação custo benefício e resultados alcançados (ARRETCHE, 2008). Nestes termos, esse indicador está relacionado

aos sistemas logísticos e operacionais proposto por Dribe (2001) para avaliação do processo de implementação de uma política pública.

Destaca-se que os dados sobre a eficiência das ações de Promoção da Saúde desenvolvidas pela ESF foram obtidos a partir de entrevistas realizadas com os coordenadores de Programas Estratégicos e os profissionais técnico-operativos que compõem as equipes da ESF. A intenção da pesquisa foi de saber se os recursos financeiros, materiais e físicos disponibilizados pela SMSA/BV são suficientes para a realização das ações. As principais respostas podem ser visualizadas no Quadro 25:

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Transcrição de trechos das narrativas dos entrevistados
<p>Contrapartida financeira dos parceiros</p>	<p><i>eu não posso falar em recursos se eu não tenho acesso a ele.[...] Porque todas as ações do programa de prevenção e Promoção da Saúde que não ofertava ou não geria serviços não se tinha recursos, era em parceria. [...] Entendendo que no primeiro ano não foi repassado recurso, no segundo ano também começamos a perceber que não tinha recurso pros programas, apesar de fazermos tá. E aí começamos a dizer que pra não ficarmos sem alcançar as nossas metas iremos atrás de parceiros, e foi o que eu fiz. (G:GG; S:F; T:3;V:T)</i></p> <p><i>São, porque o Governo Federal quando a gente faz algum projeto o recurso que vem da pra se fazer a ação e as vezes quando é um projeto a nível nacional o governo dá sempre uma sustentabilidade, por exemplo, o projeto Vida no Transito que foi implantado em todas as capitais do Brasil, então o governo entrou com uma parcela financeira e depois um ano, depois um ano e meio ele entra com outra parcela pra dar sustentabilidade ao projeto. Temos também o Plano Nacional de Doenças Crônicas e outro plano local, o governo mandou um recurso, vem por uma portaria, e vem especificado o valor do montante (G:GG; S:M; T:3; V:E).</i></p> <p><i>Não! Nem pela parte do município, que é em função da receita, nem o próprio Governo Federal. Porque se observa, eu não sei se houve aumento eu posso tá falando uma besteira, mas o preço que o ministério repassa para uma consulta é R\$10,00, então isso faz anos que esses valores estão defasados nos procedimentos [...]. Então é insuficiente (G:GG; S:F; T:3; V:C).</i></p>
<p>Disponibilidade de recursos materiais e físicos</p>	<p><i>Não vem recursos pra gente fazer essas atividades. No máximo que vem são esses panfletinhos pra gente entregar né! (G:GT; S:F; T:10; V:T)</i></p> <p><i>vem da Secretaria de Saúde, que é a SMSA né! Eu digo que não, porque as vezes falta material. Tem dia que a enfermeira tá... tem nem como fazer preventivo. Tem vez que passa duas semanassem preventivo porque não tem material, não tem luva, não tem aquele lençol que bota na maca, as vezes não tem nem bata pra enfermeira. Pra palestra que tá tendo, por exemplo, o único material que a gente coloca, que é oferecidos deles, é só os panfletos fora isso não tem nada, a gente que ajuda mesmo se a gente quiser (G:GT; S:F; T:13;V:CLT).</i></p> <p><i>não são suficiente para a realização das ações [...] (G:GT; S:F; T:10; V:P).</i></p>

	<p><i>eu acho que não. Porque senão, não estaria nessa situação. Agora essa parte aí eu acho que é com a gestão [...]. Aqui a gente sofre também, sabe como é né? Não tem quase nada, tudofalta (G:GT; S:F; T:17; V:T).</i></p> <p><i>[...] Claro que não, a gente trabalha no vermelho [...]</i> (G:GT; S:F; T:12; V:E).</p>
Planejamento	<p><i>Anda muito aquém da necessidade. porque se a gente faz, por exemplo, se a gente vai fazer uma ação e tem condições de colocar um carro de som que mobilize, chama longe mesmo, aí o negócio anda né. Mas no caso, é bem precário, a gente tem que se virar como pode. É se virá nos 30 como dizem, pra poder fazer funcionar (G:GT; S:M; T:7; V:CLT).</i></p>

Quadro 25 – Suficiência dos recursos financeiros, materiais e físicos sob a ótica dos atores institucionais

FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013.

Observa-se que os fatores que atuaram para a suficiência ou insuficiência dos recursos financeiros dizem respeito à disponibilização e repasse de verbas por parte dos parceiros de gestão, seja do Governo Estadual ou Federal, de modo a ser evidente a complexidade e contradição na relação entre gestão e atenção. Embora o representante da gestão (G:GG; S:M; T:3; V:E) indique que os recursos disponibilizados sejam suficientes, observa-se no conteúdo das falas dos demais sujeitos da pesquisa que no cotidiano esses profissionais se deparam com problemas de organização do processo de trabalho, recursos materiais e instalações físicas que afetam o atendimento e o desenvolvimento de ações que integrem promoção, prevenção e recuperação da saúde, uma vez que as ações planejadas são operacionalizadas, na percepção do representante técnico-operativo (G:GT; S:M; T:7; V:CLT) aquém das necessidades.

Outro ponto a ser considerado refere-se à ausência de compreensão da indissociabilidade entre gestão e atenção por parte de alguns profissionais, tendo em vista que no conteúdo das falas, evidencia-se que o representante técnico-operativo (G:GT; S:F; T:17; V:T) entende que a avaliação entre os recursos e os resultados alcançados é de responsabilidade exclusiva da gestão. Entretanto, entende-se que o sucesso da gestão Municipal depende diretamente do sucesso de gestão de cada unidade de saúde.

Ao traçar um paralelo com os dados apresentados no Quadro 14, onde foram analisados os documentos oficiais da gestão, observa-se que a *Promoção da Saúde na ESF* não foi priorizada como caminho para a reorientação da Atenção Básica. Ficou reduzida, no discurso do gestor, à priorização da ampliação da estrutura física, destacando-se a ampliação dos gastos com recursos materiais, equipamentos e insumos médico hospitalares.

Entretanto, constata-se no discurso dos gestores, que os recursos não foram suficientes para o alcance completo das metas programadas, uma vez que enfrentaram problemas com os repasses dos recursos financeiros, sobretudo da esfera Estadual, conforme o relato a seguir:

O responsável pelo financiamento é o Ministério da Saúde, de direito né, o Ministério da Saúde, Estado e Município. O estado como é que poderia estar participando? A contrapartida é da assistência farmacêutica, sendo R\$ 5,10 é União, R\$ 1,86 é Estado e R\$1,86 é Município. E só a partir de 2012 que o Estado passou a passar a parte da assistência farmacêutica. Esse repasse é em real, renda per capita. Aí o Estado tem pactuado em CIB-Comissão Intergestora Bipartite, incentivo da Atenção Básica e ACS e SAMU e essa muitos anos ele não cumpre. Era pra ser tripartite [...], mas devido a mudanças, o secretário que assumiu né, já não tava cumprindo, e o secretário que assumiu achou que não tem validade nenhuma, [...] ele também não fez valer (G:GG; S:F; T:3; V:C).

Cabe ressaltar, com base no referencial teórico construído, que a transferência de recursos da União e da esfera Estadual para a esfera Municipal a partir da década de 1990, constituiu-se um dos elementos essenciais para a descentralização político-administrativa da gestão do SUS. Nestes termos, a contrapartida dos parceiros na alocação de recursos é vista, na ótica da gestão em rede, como um elemento-chave na consolidação de objetivos comuns e para o fortalecimento da articulação da rede. Entretanto, ficou evidenciado no Relatório Anual de Gestão de 2012 os problemas financeiros que a SMSA tem enfrentado, que estão relacionados com o “corte de seu percentual no Fundo de Participação dos Municípios - FPM, sua principal fonte de receita” (SMSA/Relatório Anual de Gestão de 2012, 2013, p.40) desde 2011.

Assim, ainda que o Pacto de Gestão, discutido no Capítulo I, apregoe uma perspectiva de cooperação e solidariedade entre os entes federados, notam-se, no conteúdo do relato da representante da gestão, elementos significativos na predisposição de um ambiente permeado por conflitos e ações não cooperativas.

Desta forma, a não eficiência do uso dos recursos financeiros teve como elemento determinante o não repasse da contrapartida financeira, sobretudo da esfera estadual, assim como o processo de planejamento inadequado. Pois, conforme já discutido nesse estudo, o processo de planejamento ficou restrito ao campo da gestão da SMSA/BV, uma vez que, não

houve um diagnóstico e planejamento participativo envolvendo atores institucionais, usuários e outros setores afins a área da saúde.

Sobre essa questão Arretche (2007) enfatiza que com o crescente estreitamento dos recursos públicos disponíveis para as políticas sociais, em decorrência do receituário neoliberal, que exige maior racionalização do gasto público, o que torna a busca pela eficiência uma estratégia necessária para minimizar custos. Por outro lado, a eficiência dos programas sociais deve estar relacionada, conforme abordagem de Silvânia Silva (2011), a dois fatores:

[...] primeiro, porque toda ação pública é implementada por meio de recursos públicos advindos das contribuições sociais. Segundo, porque probidade, competência, transparência e eficiência no uso dos recursos públicos são condições mínimas para um regime democrático e condições necessárias de sustentabilidades das ações (SILVA, S. 2011, p.97).

O Controle Social é fundamental para a avaliação da eficiência dos recursos nas ações públicas. Para isso, faz-se necessária a criação de espaços de encontro com a comunidade beneficiária pela ESF. Uma das formas para a mobilização e participação da comunidade nas decisões locais, como já foi sinalizado nesse estudo, consiste na *criação de um Conselho Local de saúde* com a finalidade de acompanhar e avaliar a política de saúde na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde, pois só a partir de um efetivo controle social é que será possível ter uma visão aprofundada da realidade e identificar as reais demandas de saúde da população, possibilitando escolhas de estratégias para enfrentá-las com tecnologias adequadas para cada caso.

Conforme informações obtidas por meio de análise nos relatórios de gestão da SMSA/BV, os recursos utilizados pela Atenção Básica tiveram boa parte destinada para contratação de profissionais de saúde, aquisição de materiais médicos hospitalares e aquisição de material permanente, sendo as *ações de Promoção da Saúde* comprometida por falta de recursos financeiros.

Ainda com relação à insuficiência dos recursos, considera-se que outro fator determinante para a não otimização dos recursos financeiros é exatamente a ineficiência de gerência pública e planejamento na aplicação do dinheiro público, uma vez que se constata no relatório de gestão a duplicidade de utilização de recurso público para um mesmo fim, ou seja,

foi gasto recurso público duas vezes com uma mesma obra. A exemplo, pode-se citar a construção da Unidade de Saúde no Bairro Silvio Leite que, conforme a FOLHA DE BOA VISTA (2011) custou mais de R\$ 300 mil e estava pronta para inauguração desde maio de 2010, entretanto, no decorrer de 2011 a obra abandonada foi depredada por vândalos. Diante dos fatos, foi evidenciado no relatório de gestão de 2012, que em decorrência dos fatos ora relatados, foi necessário uma reforma nesta unidade antes mesmo de ter sido inaugurada, impondo custos crescentes para a gestão municipal.

Outro fator essencial a ser considerado no alcance da eficiência da ação pública, diz respeito à suficiência dos recursos humanos, especialmente quando se trata da sustentabilidade das ações. Nesta perspectiva, destaca-se o seguinte relato do representante da gestão e representante não governamental por meio da entrevista semiestruturada:

[...] Nós temos uma deficiência muito grande de médicos aqui no estado, parte de especialistas principalmente [...]. Aqui eu acho que a gente não consegue atender, porque quando chega a 54 ou 55 equipes cadastradas, aí de repente passa a ser 42, 43. Ou seja, sai logo de imediato, oito, nove médicos [...]. Quando a gente pensa que tá avançando aí eles saem. Aí temos que recomeçar tudo de novo (G:GG; S:F; T:3; V:C).

[...] eles [se referindo a SMSA] não disponibilizam de tantos médicos, porque o salário do médico aprovado aqui no programa é 930 reais, quem é que quer vir fazer medicina, trabalhar mesmo que seja 20 horas pra ganhar R\$ 930 reais? [...] é indigno até oferecer um salário vil. [...] Aí fizeram o PCCR onde aprovaram pra R\$ 2500 reais. Aqui uma casa mais simplesinha que você ache, pelo menos que você tenha condição de morar, o aluguel não é menos de 1000 reais, 1500, entendeu? como é que [...] um médico ganhando R\$2500 vai poder manter sua família? inviável, entendeu? [...] (G: GN; S: F; T:21a).

Considerando os aspectos acima apresentados, percebe-se que outro problema enfrentado para a *eficiência das ações de Promoção da Saúde* no Município de Boa Vista-RR está relacionado à falta de estratégia de fixação²² de profissionais e à formação de equipes capacitadas, uma vez que os salários oferecidos não atraem profissionais capacitados com interesse em fixar residência na capital roraimense, cujos postos de trabalho, até a conclusão

²²Cabe ressaltar que no final de 2012 a SMSA realizou concurso público para provimento de cargos, entretanto, somente no segundo semestre de 2013 é que começou a serem convocados os novos profissionais.

dessa pesquisa, como pode ser visualizado no Quadro3, são constituídos em sua maioria de trabalhadores temporários.

Assim, a alta rotatividade de profissionais expressa um elemento negativo que comprometeu parte do tempo e dos recursos que deveriam ser aplicados em outras áreas. Da mesma forma, fragiliza não só as condições de trabalho dos profissionais como compromete o estabelecimento de vínculos, na concepção da humanização, entre equipe e usuário do território em que atuam, impossibilitando o desenvolvimento da autoconfiança e autonomia da comunidade para o enfrentamento aos determinantes sociais da saúde.

É notório que a má gestão dos recursos compromete a sustentabilidade econômica das ações de Promoção da Saúde, esta deve ser buscada, conforme sinaliza Sachs (2008) por meio do planejamento estratégico e gerenciamento cotidiano da economia e da sociedade, buscando manter o equilíbrio entre as cinco dimensões da sustentabilidade, eliminando, conforme indica Arretche (2007, p. 36), “custos desnecessários e não condizentes com o princípio da equidade”.

3.3.3 *Análise de política com foco na efetividade*

Maria Ozanira Silva e Silva (2008) sinaliza que a avaliação de efetividade considera alterações ou mudanças que ocorreram direta ou indiretamente na realidade onde se desenvolve um determinado programa social, ou seja, quais os resultados que um determinado serviço prestado trouxe para a vida da população beneficiária. É na avaliação de efetividade, segundo Arretche (2007. P. 32), que é possível averiguar o “sucesso ou fracasso em termos de uma efetiva mudança nas condições sociais prévias da vida das populações atingidas pelo programa sob avaliação”, permitindo visualizar ainda, que resultados ou efeitos não previstos surgiram em consequência da execução do programa.

Cabe ressaltar que os dados sobre a efetividade das ações de Promoção da Saúde foram obtidos a partir de entrevistas realizadas com os profissionais técnico-operativos que compõem as equipes da ESF. Na tentativa de apreender a efetividade dessas ações, foi questionado aos profissionais quais os principais problemas de saúde que mais acometem os moradores da área de abrangência, as respostas podem ser visualizadas a seguir:

Nós temos o perfil, nós temos muito AVC, temos osteoporose, depressão, hipertensão arterial, diabetes e quedas em idosos. São essas patologias que acometem mais a nossa população (G:GT; S:F; T:12; V:E).

Tem muito hipertenso, diabéticos. Tem muito caso de tuberculose, mais num é assim... nessa população temos uns cinco casos. Eu acho, assim, um absurdo pra essa área aqui. [...] E a gente tenta trabalhar na medida do que pode né. Nem sempre tem médico (G:GT; S:F; T:10; V:T).

Os principais problemas de saúde são diarreia, problemas respiratórios, viu! A gente tem de tudo um pouco. Mas no dia-a-dia o que vem mais é isso [...] (G:GT; S:F; T:10; V:P).

o problema maior nosso é a questão das crianças e... os hipertensos e diabéticos. Assim, caso de diarreia, alguma verminose e a questão da dengue. Já mudou bastante, aqui não tinha atendimento médico e todo mundo ia pro bairro União, Santa Tereza, Caraná [...]. (G:GT; S:M; T:7; V:CLT).

Hipertensão, Diabetes, Drogas, álcool (G:GT; S:M; T:9; V:T).

Aqui? Doenças crônicas não transmissíveis. O quê eu tô te falando, só atendimento, com o que a gente tem ao alcance, atendimento com orientação, com palestra, só!.. Porque as doenças crônicas são quais? é, hipertenso, diabético, alguém com câncer que vem pra cá, o tratamento não é aqui, é acompanhamento, só! (G:GT; S:F; T:17; V:T)

As falas dos profissionais indicam que os principais problemas de saúde da população adscrita a ESF na área urbana de Boa Vista, estão relacionadas a Doenças Não Transmissíveis (doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias, álcool e outras drogas), seguida de diarreia, tuberculose e dengue. A fim de qualificar melhor as informações sobre a efetividade do programa, os profissionais foram questionados quais os resultados que as *ações de Promoção da Saúde* trouxeram para a população alvo. As respostas podem ser visualizadas a seguir (Quadro 26):

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Transcrição de trechos das narrativas dos entrevistados
Motivação e mobilização	<p><i>Eu acho porque é assim, quando não tinha uma casa de saúde aqui perto, eles tinham que gastar com transporte, ao que mudou foi isso aí mesmo com transporte. Também se prevenindo assim da vida das pessoas, as vezes tinha que sair de madrugada de casa pra ir atrás de posto de saúde né não? foi isso aí que mudou. Eles têm acesso livre aqui na Casa. (G:GT; S:F; T:13;V:CLT).</i></p> <p><i>[...] engraçado [...] existe essa na minha avaliação de supervisão indireta, a pergunta é mais ou menos assim: depois que o ACS começou a lhe visitar o que mudou na sua vida? Alguns dizem assim: 'pra mim nada enfermeira'. Aí eu digo: pensa direitinho, o ACS chegou alguma vez aqui e viu um cartão de vacina atrasado e lhe disse alguma coisa? 'disse enfermeira, disse sim'. E o</i></p>

	<p><i>que foi que ele disse? 'Disse que eu tinha que ir no posto me vacinar atualizar porque se não eu poderia estar proporcionando, fazendo com que minha filha adoça'. Aí outros dizem assim: 'enfermeira mudou muita coisa, antes eu nem ia nesse postinho, aí depois ele [se referindo ao ACS] disse que a senhora fazia preventivo, que a senhora atende criança na clinicultura', não usando o termo policultura porque ainda todo mundo usa... 'que a senhora fazia consulta e aí eu comecei a ir no posto e gostei do atendimento'. [...] e isso me deixa muito feliz então em algum momento nosso projeto foi vendido e foi aceito e aí a gente tá nesse trabalho contínuo onde temos o grupo de hipertenso, grupo de diabéticos, grupo de pericultura, grupo de gestantes e nós estamos tentando formar o grupo do homem (G:GT; S:F; T:12; V:E).</i></p> <p><i>A gente tem conseguido bons resultados, a população tem mudado um pouco na sua forma de pensar, a questão da higienização também né. [...]. Também tem acontecido muito hábitos de acondicionamento de lixo, também agente já não vê ai tanta gente queimando lixo. Já colocam no saquinho esperando carro de lixo. Agente já vê a vizinha dizendo pra neta não dá um chazinho, aquele famoso mingau pra criança assim que nasce, não é pra fazer não porque vai ser uma criança doente. Mas já tem mudado bastante. Quando eu entrei em 2005 o grande problema na minha área era diarreia, a gente veio trabalhando e já hoje é muito difícil você encontrar criança com diarreia (G:GT; S:M; T:7; V:CLT).</i></p>
<p>O programa não tem sido bem sucedido do ponto de vista dos resultados dele esperado</p>	<p><i>É bem complicada né, você avaliar o programa né. [...] Assim, como eu falei anteriormente, falta algumas coisa que precisam melhorar pra oferecer melhor ainda uma promoção de saúde e prevenção de doença da população [...] como a gente tem uma deficiência, então ele não chega a ser um programa que vá alcançar um início de 10% de resultado positivos, mas o programa se for pra seguir como deve ser né, a estratégia né da melhoria do acesso e da qualidade dos serviços da população era pra atingir, digamos um nível de 100% de Promoção da Saúde. Hoje nós não podemos afirmar isso né (G:GT; S:F; T:5;V:T).</i></p> <p><i>o programa de Promoção da Saúde é louvável. Assim, no papel, na lei tá tudo lindo e maravilhoso, mas na prática não é bem isso, tá deixando muito a desejar ainda. Por mais que os profissionais tenham vontade de fazer, mas falta o suporte né, o suporte de materiais, suporte de divulgação [...] tá bem deficiente, muito deficiente (G:GT; S:M; T:7; V:CLT).</i></p>

Quadro 26 – Principais resultados das ações de Promoção da Saúde na visão dos profissionais técnico-operativos.

FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013

Os relatos do Quadro 26 sinalizam que os profissionais identificam como mudança de realidade ações que possibilitaram o acesso a serviços antes não disponível na comunidade. Entretanto, Arretche (2008) chama atenção para o fato de que, embora um programa tenha atingido satisfatoriamente suas metas em um determinado prazo, não significa que seja bem sucedido em termos de resultados esperados, corroborando com o entendimento de um grupo de profissionais, para quem o programa não tem sido bem sucedido do ponto de vista dos resultados esperados. Isso significa que esses resultados indicam a necessidade de uma reorganização política e institucional tanto na gestão quanto na atenção à saúde.

Visto por outro ângulo, a ausência de efetividade pode estar relacionada ainda ao baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, principalmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe. Nestes termos, a *efetividade da Promoção da Saúde* na ESF está diretamente vinculada a metodologias voltadas para o empoderamento das populações locais, tendo em vista que “deixam de ser alvo da ação para se constituírem em sujeitos protagonistas da produção de saúde no território” em que vivem (PASCHE, 2012, p.12).

Desse modo, inquiriu-se os representantes da gestão sobre qual foi sua avaliação acerca dos resultados das ações de Promoção da Saúde para o cidadão boa-vistense. Observe a categorização das respostas a seguir no Quadro 27:

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Transcrição de trechos das narrativas dos entrevistados
Viabilidade econômica	<p><i>para o cidadão boa-vistense eu acho que não! Pra alguns cidadãos boa-vistenses talvez sim [...]. Se eu pensar é... [...] pra a prática de atividades físicas, eu não consegui expandir [...] se eu atinjo uma área de 200 mil habitantes, eu atinjo 300 pessoas, então eu acho que pro cidadão boa-vistense não, é pra um público focalizado [...] que não é nem 10 por cento, nem 2 por cento, se eu pegar a margem que eu fiz agora. Então eu acho que não dá aquela resposta que a gente gostaria que tivesse, né? Porque eu não consigo atingir nem as áreas que tem cobertura de Saúde da Família, que não é 100 por cento do município. Se eu conseguisse pelo menos aquelas áreas que parece que é 70 ou 80 por cento do município era coberto pelo Saúde da Família, mas eu não consigo atingir com as minhas ações essa população(G: GG; S: F; T: 2; V: T)</i></p> <p><i>[...] tinha proporcionado como eu te falei, até determinado período. Do final de 2011 pra cá estagnou. Tinha os espaços né, de convivência saudáveis, [...] tinha-se a Academia da Saúde próximo das unidades com as equipes mas tudo isso se estagnou no ano de 2012 por questões financeiras! (G: GG;S: F; T: 7; V: E)</i></p>
Mobilização e motivação do usuário	<p><i>[...] quando a gente desenvolve uma ação com o objetivo de proporcionar isso pra população, [...] a gente percebe que não existe uma procura da população, o ser humano não procura ir atrás de uma vida saudável, a gente oferece, faz a nossa parte, mas a população não tem uma cultura de procura fazer uma alimentação saudável, não procura fazer uma atividade física [...] (G:GG; S:M; T:3; V:E)</i></p>
Sem mudanças	<p><i>Não. Porque não existe rede. Como te falei são tentativas por parte dos técnicos em realizar ações intersetoriais de forma angustiantes isoladas que não tem resolutividade, apaga incêndio, mas não tem resolutividade(G:GG; S:F; T:3; V:T)</i></p>

Quadro 27 – Principais resultados das ações de Promoção da Saúde na visão dos representantes da gestão.

FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013.

Os relatos do Quadro 27 sinalizam que os proponentes da ação não identificam mudanças nos hábitos e padrões de vida da população atendida, apontando a viabilidade econômica e a mobilização ou motivação do usuário como fatores impeditivos para a efetividade das ações. Essas sinalizações nos leva a afirmar que existe uma insustentabilidade social, pois Boff (2012, p. 19-20) indica que “a sustentabilidade de uma sociedade se mede por sua capacidade de incluir a todos e garantir-lhes meios de uma vida suficiente e decente”. Por outro lado, a efetividade também é determinada pela capacidade político-institucional das equipes e dirigentes da saúde em organizar o sistema em rede. Assim, percebe-se a necessidade de ampliar as ações envolvendo a intersetorialidade.

Portanto, pode-se concluir a falta de efetividade do programa, uma vez que os efeitos das ações de Promoção da Saúde e sua intervenção na Estratégia em Saúde da Família no município de Boa Vista-RR demonstram não terem sido eficazes devido a dois fatores essenciais. O primeiro está relacionado à falta de participação dos usuários no que se refere ao planejamento, acompanhamento e avaliação das ações, o que reflete na baixa adesão da população, que por sua vez, merece reflexão e adequação às reais necessidades da população, favorecendo o empoderamento social. O segundo fator está relacionado à falta de priorização de ações voltadas para a Promoção da Saúde em detrimento de ações curativas, comum ao modelo biomédico tradicional. Por consequência, um programa que não é eficaz está fadado a não efetividade, comprometendo a sustentabilidade das ações.

Nessa ótica, corrobora-se com a afirmativa de Leff (2009, p. 322) de que a questão socioambiental requer “um processo de tomada de decisão mais plural na escolha de novos estilos de vida”. O autor indica que a participação cidadina na perspectiva da sustentabilidade deve ser construída e alicerçada nos “princípios da sustentabilidade ecológica, equilíbrio regional, diversidade étnica, autonomia cultural, independência política e equidade social” (p. 332).

Diante desse desafio, a consolidação de propostas participativas, assume na concepção de Jacobi (1999) um caráter diferenciador não só quanto à legitimidade, mas principalmente quanto à garantia de governabilidade e de democratização da gestão dos bens públicos. Desse modo, o autor esclarece que a participação ativa concretiza-se pela possibilidade de conceber que cada pessoa seja portadora de direitos e deveres, e de se converter, portanto, em ator corresponsável na defesa da qualidade de vida, respeitando os direitos das gerações presentes e sem comprometer o direito das gerações futuras.

Sobre esse aspecto, os profissionais foram questionados se os resultados do programa são sistematizados e socializados entre as instituições parceiras, técnicos e usuários, uma vez que para haver participação na ótica da sustentabilidade, os sujeitos devem ter acesso à informação suficiente para o protagonismo social e para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, sociais, econômicos e ambientais que afetam a saúde (SICOLI; NASCIMENTO, 2003). Observe os relatos a seguir:

Na verdade é só entre a equipe e a médica. [...]. Então eu diria que entre minha equipe só três pessoas sabem, eu não sei cem por cento, mas elas duas [se referindo as enfermeiras] sabem cem por cento do que a gente faz. E essa informação é levada pros nossos gestores pra ser lançado no computador deles. [...] Mas essas informações também não chega pros nossos pacientes (G:GT; S:F; T:1a. 2m;V:T).

São através do SIAPE. Tudo que ocorre na área é informado através do SIAPE. Não é socializada para as instituições parceiras não. Isso não.(G:GT; S:F; T:5;V:T)

Sim, porque o da escola é informado, os pais sabem. O CRAS sim a gente faz, a gente informa a população através do Agente comunitário(G:GT; S:F; T:10; V:P)

Nas escolas é feito um relatório, tudinho, a palestrante, é pegado o nome de todas as crianças, diretora que participou daquele momento, os ACS que foram, se foi a diretora, se foi o médico. É feito todo o relatório e socializado com a escola pra saber como está funcionando(G:GT; S:M; T:7; V:CLT)

[...] a gente fez uma reunião agora com eles pra apresentar tudo o que eles fizeram, o resumo né. Agora a gente vai apresentar para os diretores das escolas, pra eles terem ciência de quantas palestras, quantos atendimentos, quantas crianças no total foram atendidas, e aí esse resultado é levado para a SMSA e lá na SMSA ela alimenta o sistema do SIMEC com essas informações(G:P; S:F; T:7m; V:S)

A sistematização e a divulgação dos resultados de um programa social é um elemento fundamental para o exercício do controle social, bem como crucial para a transparência da gestão pública e democrática. Observa-se nos relatos que os resultados dos programas são sistematizados a partir de relatórios e alimentação de base de dados institucionais. Entretanto, evidencia-se uma contradição entre os profissionais, nota-se que depende da iniciativa individual de cada profissional a divulgação ou não dos resultados entre usuários e

instituições parceiras. Mesmo entre aqueles que afirmam que a socialização das informações é realizada, fica evidente que esta informação não chega ao conhecimento dos usuários, ficando restrita ao campo institucional. Da mesma forma não foi possível visualizar durante as visitas técnicas nas Unidades Básicas de Saúde nenhum material de divulgação desses resultados disponíveis ou de fácil acesso a comunidade em geral.

Segundo Dowbor (2001) a informação constitui-se um eixo central no processo de gestão democrática. Desse modo “não se pode esperar participação efetiva por parte de uma população à qual se vedou o acesso aos instrumentos – educação, informação – correspondentes” (p. 35).

Por isso, corrobora-se com os argumentos de Silvânia Silva (2011) para quem a limitação da divulgação dos resultados de um programa social entre gestores e responsáveis pelo financiamento torna-se um instrumento de manipulação política de cunho eminentemente eleitoral, de modo que a população não é inserida enquanto participante ativa, no processo de construção e avaliação, o que inviabiliza o protagonismo social dando movimento ao ciclo de conformismo e alienação política.

Este estudo buscou ouvir ainda, dos profissionais técnicos operativos a respeito de suas recomendações para a melhoria da gestão das ações de Promoção da Saúde desenvolvidas pela Estratégia em Saúde da Família. Essas recomendações revelam no Quadro 28 as necessidades e demandas sentidas conforme as experiências vivenciadas pelas equipes de ESF nas Unidades Básicas de Saúde:

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Transcrição de trechos das narrativas dos entrevistados
<p style="text-align: center;">Mudança da racionalidade política da gestão</p>	<p><i>[...] que a gestão fosse mais um pouco flexível, que a gestão sente com a equipe e dê condições pra gente trabalhar [...] que o recurso, seja aplicado realmente aonde tem que ser, chega um hipertenso pra pegar seu remédio é... não tem, fica difícil a situação (G:GT; S:M; T:7; V:CLT).</i></p> <p><i>Eu acho que mais empenho da gestão, dos gestores entendeu? A preocupação com a ponta, porque eles jogam e pronto, aí cobrança, cobrança, cobrança isso é um desempenho, eu acho (G:GT; S:F; T:17; V:T)</i></p> <p><i>[...] Mas assim, eu acho que tá faltando gente com mais vontade de mudar e vontade de lutar pelo que é nosso direito e um pouquinho de vontade de lutar pelo que é direito dos outros [...] (G:GT; S:F; T:1a. 2m;V:T).</i></p> <p><i>[...] que o gestor compre a ideia e torne concreto, torne um fato toda essa necessidade dessa rede. Porque se hoje a gente diz rede de assistência a saúde existe pequenas redes que a gente tá pactuando entre si em loco, não a nível de sistematização, não existe, não foi sistematizado (G:GT; S:F; T:12;</i></p>

	V:E).
Qualidade dos serviços	<p><i>Infra estrutura adequada, Insumos necessários, e Melhoria de gestão (G:G; S:M; T:5;V:S)</i></p> <p><i>[...] para mudar eu não sei nem o que falar, nem o que dizer. Que a enfermeira permaneça e que venha um médico pra nós fixo (G:GT; S:F; T:13;V:CLT).</i></p> <p><i>Melhorar a qualidade dos serviços, a equipe fica sem crédito quando a ponta não funciona(G:GT; S:M; T:9; V:T)</i></p> <p><i>Mais a questão mesmo da contra referência que a gente tá na ponta. Então a gente conta muito com as outra redes né. E pra resolver o problema do paciente, mais é... o que existe mais é a referencia, a contra referencia a gente não tem (G:GT; S:F; T:5;V:T).</i></p> <p><i>[...] melhorar tanto a rede como o aprimoramento mesmo em todos o sistema de saúde né [...] (G:GT; S:F; T:10; V:P).</i></p>

Quadro 28 – Sugestões dos profissionais técnico-operativos para melhorar a gestão em rede das ações de Promoção da Saúde

FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013.

Observa-se que os profissionais apontam como recomendações para o poder público, a mudança na racionalidade política da gestão e a adequação da infraestrutura física e material às reais demandas das comunidades como um caminho para a sustentabilidade, pois quem conhece e vivencia a realidade local tem mais condições de propor soluções para seus problemas fazendo da ação pública mais eficiente.

A gestão participativa ancorada nos princípios da sustentabilidade ultrapassa os modos institucionalizados de controle social e requer a “ampliação do comprometimento e da co-responsabilidade (sic) entre trabalhadores da Saúde, usuários e território em que se localizam” (BRASIL-POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2010, p.13). Por outro lado, o estabelecimento de canais de comunicação entre a atenção e a gestão em saúde é um elemento fundamental para um maior compromisso e responsabilidade com as metas e objetivos coletivos, “uma vez que possibilita a formação de uma teia de interdependências e o fortalecimento interorganizacional e o equilíbrio da rede” (TEIXEIRA; OUVENEY, 2007, p. 30).

Foi possível apreender também as recomendações da equipe técnica gestora da SMSA e da instituição parceira entrevistada acerca dos desafios para realização da *Promoção da Saúde* na capital roraimense, a partir da experiência vivenciada na implementação das ações do programa no período avaliado. Essas recomendações são coerentes com as posturas dos

profissionais técnico-operativos diante das demandas de informação e interação entre atenção e gestão, seguido pela valorização profissional e priorização das ações de Promoção da Saúde em detrimentos de práticas curativas, conforme pode ser visualizado nos relatos a seguir (Quadro 29):

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Transcrição de trechos das narrativas dos entrevistados
<p>Comunicação e interação entre os pontos da rede</p>	<p><i>Eu acho que teria, assim, que ter mais divulgação, teria que ter mais reuniões, assim, com o posto, com a saúde, com a educação, todo mundo junto pra explicar, tua função é essa, a tua é essa, a tua é essa. Porque fica uma coisa meio assim, a responsabilidade é tua, a minha é essa. Não vamos abraçar a causa né. Todo mundo ajudar pra fazer acontecer. É isso... eu acho (G:P; S:F; T:7m; V:S).</i></p> <p><i>Pactuação dos diversos gestores do município, ou seja, todos os gestores pactuarem suas responsabilidades [...] socialização ou troca de informação do que compete a cada política pra garantia do direito do usuário [...] Até pra não ficar reproduzindo a mesma ação e gastando dinheiro público [...] e qualificação dos gestores e técnicos em relação ao que é um atendimento em rede. Porque se não vão ficar fazendo ações pontuais e fragmentadas e intersetoriais apenas [...] e não no sentido de rede de fato do que é a trama(G:GG; S:F; T:3; V:T).</i></p> <p><i>Primeiro que haja, rede! [rsrsrs]. Rede que a gente fala mesmo... da comunicação entre os serviços, precisa ainda melhorar isso. [...] trabalhar em rede, que não é só aquela coisa física que eu te falei, tem lá os serviços, ok! Mas como esses serviços se conversam, como esses serviços se comunicam como eles interagem. E aí não só dos serviços de saúde, mas das ações interinstitucionais, né? Das parcerias, na questão da intersetorialidade, então tá precisando melhorar tudo isso e melhorar essa comunicação e essa comunicação não é só ter lá os serviços estruturados, é inclusive a de integração pros trabalhadores e também na mídia pros usuários. Acho que precisa estruturar isso. Ai claro, vai precisar de incentivo de recursos financeiros, acho que a partir de agora você vai ter os concursados, você vai ter os pontos positivos... profissional, então não fica aquela coisa, capacitei e agora? Perdi né? Facilita pra você ter uma educação permanente do servidor, não só na capacitação pontual. Eu acho que tudo isso vai influenciar de forma positiva (G: GG;S: F; T: 7; V: E).</i></p>
<p>Valorização profissional</p>	<p><i>[...] acredito muito nisso, a valorização do profissional precisa ser resgatada. Com isso eu acho que muita coisa melhora. Tem a questão dos vínculos precários, com isso a rotatividade muito grande de profissionais, não ajuda. [...] É... um plano de cargos e salários que há anos ficou de ser homologado, e isso só foi acontecer no final do ano que até agora não foi concretizado. Tudo isso prejudica as ações, a falta de comprometimento de muitos profissionais alegando isso, essa falta de condições financeira, inclusive. [...] eu acho que com... a valorização profissional é o carro chefe pra se mudar muita coisa nessa coisa de saúde (G:GG; S:F; T:3; V:C).</i></p>
<p>Priorizar a Promoção da Saúde</p>	<p><i>eu acho que tem que ter interesse em promover saúde, e não mais o interesse em apenas curar doença. Entender mesmo o que é a saúde, o estado da saúde, é aquela coisa de promoção mesmo. É muito mais barato promover saúde, prevenir doenças, do que você curar depois [...] assim... tenhamos concursos públicos que estrutrem equipes de trabalho, continuidade das ações e</i></p>

	<p><i>serviços, financiamento, entre outros, assim podemos firmar/pactuar parcerias com outras instituições e fortalecer a rede de atendimento, de forma articulada e com resultados concretos (G: GG; S: F; T: 2; V: T).</i></p> <p><i>Maior participação dos técnicos de todas as áreas envolvidas na promoção tanto da atenção básica, como da vigilância, na participação tanto da execução como na elaboração das ações da promoção (G:GG; S:M; T:3; V:E) .</i></p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 29 – Recomendações dos gestores e parceiro para melhorar a gestão das ações em rede de Promoção da Saúde

FONTE: Elaboração da pesquisadora a partir do levantamento de campo, 2013.

Dermazo (2010) observa que a *Promoção da Saúde* trabalha com questões de natureza complexa que demandam, portanto, uma organização em rede. O trabalho em rede, na perspectiva de Teixeira e Ouverney (2007), por se tratar de estruturas horizontalizadas seus objetivos e estratégias são frutos dos consensos obtidos por meio de processos de criação entre seus participantes, o que acarreta maior compromisso e responsabilidade para com as metas compartilhadas bem como maior sustentabilidade as ações.

A partir dessa perspectiva dos autores, se considera que o conteúdo dos relatos da equipe gestora do programa desvela a necessidade do poder público local assumir a responsabilidade em *priorizar a Promoção da Saúde como eixo central da Atenção Básica* por meio do fortalecimento, interação e comunicação entre os serviços que compõe a rede de saúde e a valorização profissional, como meios de dar viabilidade para realização das ações pela Estratégia em Saúde da Família, pois os apontamentos dos proponentes são pertinentes.

Considera-se então que a *eficácia e a efetividade da Promoção da Saúde* estão diretamente associadas à capacidade político-institucional das equipes e dos dirigentes da saúde para organizar o sistema em rede intersetorial. Essa forma de gestão segundo Buss (2000, p.174-175) “procura superar a visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas e na organização do setor saúde [...] incorporando [...] outras áreas de políticas públicas, como, por exemplo, educação, trabalho e renda, meio ambiente, habitação, etc.”, assim como a dimensão social, econômica, territorial, política e cultural onde atua a política.

A essas estratégias, acrescenta-se a necessidade de ampliar a participação pública no processo de tomada de decisões no que se refere à formulação de políticas públicas, uma vez que a participação cidadina se configura como um importante instrumento para o fortalecimento da sociedade civil (JACOBI, 1999). Para este autor, o caminho a ser trilhado

passa necessariamente por mudanças no *modus operandi* da gestão, que garantam acessibilidade das informações e transparência da gestão pública.

Diante do exposto, fica evidente a necessidade de articular as políticas públicas para a efetividade da Promoção da Saúde. Isto deixa claro que a sustentabilidade socioambiental deve ser um critério básico e ordenador para o planejamento e implementação de políticas de Promoção da Saúde visando a melhoria da qualidade de vida da população boa-vistense.

CONCLUSÃO

Constatou-se neste estudo que a discussão entre as categorias saúde e ambiente no campo da saúde pública é indispensável, principalmente quando se pensa em estratégias para a *Promoção da Saúde sob a ótica da sustentabilidade socioambiental*, dado que o ambiente deve ser compreendido como espaço historicamente construído, ou seja, é o resultado da interação do homem com a natureza. A partir dessas interações sociais ocorridas, sobretudo no atual sistema produtivo, verifica-se que as modificações em decorrência da organização do modo de produção e do consumo que dominam o atual sistema econômico afetam a vida em sociedade.

Nesta perspectiva, a complexidade que envolve a questão socioambiental requer a construção de relações e interdependência entre as políticas públicas, como estratégia de enfrentamento das iniquidades sociais e de busca de melhor qualidade de vida para a população, o que demanda a construção de uma *gestão em rede*. É nessa construção e na busca pelo aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde que emerge em 2006 o Pacto pela Saúde, a fim de aperfeiçoar a gestão do SUS com base na realidade local, ancorado em princípios dialógicos entre Estado e sociedade, buscando ultrapassar a esfera setorial.

No caso específico de Boa Vista-RR, observa-se que ainda há muito a se fazer para se consolidar uma *gestão em rede de políticas públicas*, sobretudo voltada para a *Promoção da Saúde* na perspectiva da sustentabilidade socioambiental. Assim a avaliação dos resultados da pesquisa nos permite traçar as seguintes considerações:

- A organização do *sistema gerencial e decisório* é centralizada no campo da gestão. A participação dos usuários fica restrita a representação do Conselho Municipal de Saúde, não tendo iniciativas para estabelecer outros canais de democracia participativa. Da mesma forma não existe interação entre gestão e atenção básica à saúde (articulação com profissionais que estão na ponta na ESF) no processo de planejamento. Apesar do discurso oficial indicar que o modelo de gestão adotado é estratégico, pode-se concluir que este não tem se efetivado em sua plenitude, pois as características de gestão reveladas neste estudo apontam para uma forma verticalizada e burocrática de gestão, que se limita ao enfoque setorial, pois não foi evidenciado a participação de outros setores como educação, assistência social ou ambiente no processo de planejamento das ações voltadas para a *Promoção da Saúde* na ocasião da elaboração do Plano Municipal de Saúde. Esse tipo de gestão gera,

conforme a literatura nos mostra, a fragmentação da atenção às demandas sociais, ocasionando a descontinuidade das ações a serem realizadas, a centralização das decisões, informações e recursos;

- No que se refere ao processo de *implementação* das ações de Promoção da Saúde pela Estratégia em Saúde da Família, observa-se a existência de parceiras para o desenvolvimento das ações. Entretanto, o estudo revelou que não existem critérios pré-definidos de seleção e recrutamento dessas parcerias, uma vez que as ações desenvolvidas são pontuais e fragmentadas, e a parceria é definida de acordo com a ação programada pela SMSA, sendo as instituições parceiras convidadas esporadicamente a colaborar na execução da ação, seja por interesse comum ou pela experiência da instituição na área de atuação em que se pretende realizar a intervenção. A maioria dessas parcerias formadas é informal, a única que existe uma pactuação formal é com o setor da educação para desenvolver o Programa Saúde na Escola e com a política de Assistência Social para acompanhamento das condicionalidades de saúde que requer o Programa Bolsa Família. Esse tipo de pactuação fragilizada limita o funcionamento/conexão da rede, ocasionando conseqüentemente o baixo envolvimento dos parceiros com o programa, falta de confiança no compartilhamento de recursos financeiros e materiais e diferenças operacionais entre as parcerias, limitando a sustentabilidade das ações;

- Quanto ao processo de divulgação e informação o estudo identificou fragilidades, dado que este ocorre de maneira pontual e sem continuidade, pois não foram evidenciadas metodologias participativas que envolvam gestores, profissionais de saúde, parceiros e usuários do SUS, comprometendo a sustentabilidade social e política das ações, assim como sua eficácia. Outro fator a ser evidenciado refere-se à divulgação dos resultados das ações, as quais ficam restritas ao campo institucional, comprometendo do controle social e o protagonismo social dando movimento ao ciclo de conformismo e alienação política;

- O processo de capacitação ou educação permanente dos profissionais ainda é um desafio a ser superado pela SMSA/BV, pois o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores diminuiu a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as *práticas de promoção de saúde* e com os usuários em suas singularidades. A ausência de capacitação em saúde tanto dos profissionais quanto dos usuários compromete a construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos coletivos, assim como reduz a capacidade de formulação de propostas de Promoção da Saúde, sua eficácia e a sustentabilidade social e ambiental das ações;

- Em relação ao sistema logístico e operacional, verificou-se que os recursos disponibilizados para a implantação das ações de Promoção da Saúde não foram suficientes para atender os eixos de atuação proposto (articular a promoção, prevenção, vigilância em saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da vida), os quais se traduzem nos objetivos da Estratégia em Saúde da Família, sobretudo pela falta de repasse da contrapartida financeira da esfera estadual. O que nos leva a concluir que os conflitos político-partidários entre Estado e Município se sobrepuseram em detrimento da perspectiva de cooperação e solidariedade entre os entes federados preconizado no Pacto de Gestão, comprometendo assim a eficiência e a sustentabilidade territorial e econômica das ações. Quanto aos recursos humanos, pode-se inferir que foram insuficientes, uma vez que o município não dispõe de profissionais especializados, sobretudo, na área da medicina. O que nos leva a concluir que a *eficiência das ações de Promoção da Saúde* no período analisado também ficou comprometida pela ausência de uma política de fixação de profissionais nas equipes de ESF, que por sua vez comprometeu o desenvolvimento da autoconfiança e autonomia da comunidade para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde;

- Quanto ao sistema de monitoramento e avaliação ficou evidente que os resultados desse processo ficam restritos aos técnicos da gestão. E também que os resultados quando apresentados se restringe ao Conselho Municipal de Saúde. Da mesma forma os instrumentos utilizados para a avaliação das ações de Promoção da Saúde não estão respeitando os princípios de uma gestão democrática e participativa, uma vez que não é privilegiada a participação dos usuários no processo avaliativo. Ressalta-se que a sistematização e a divulgação dos resultados de um programa social é um elemento fundamental não apenas para o exercício do controle social, mas um elemento crucial para a transparência da gestão pública e democrática. Assim, como se pode esperar a participação efetiva da população se lhes foi vedada os meios correspondentes?

Desse modo, constata-se que o processo de desenvolvimento da gestão do *Programa de Promoção da Saúde* apresentaram dificuldades para cumprir suas metas, dentre elas destaca-se a garantia da qualidade dos serviços, a garantia de recursos humanos para atendimento na Atenção Básica, divulgação dos resultados alcançados pela Atenção Básica e estimulação da participação popular e o controle social, uma vez que para cumpri-las necessita de uma mudança na racionalidade política que permita uma ação intersetorial e contínua.

Outro ponto a ser considerado refere-se aos contrastes entre o discurso e a prática da Promoção da Saúde, pois ficou evidente que são priorizadas as ações de saúde voltadas para práticas curativas predominante do modelo biomédico-tradicional em detrimento de ações educativas e preventivas, importantes instrumentos para a Promoção da Saúde.

Do ponto de vista teórico, é possível afirmar que a prática de avaliação de políticas públicas ainda é um processo recente no Brasil, principalmente quando se trata de metodologias que congreguem os indicadores da sustentabilidade socioambiental nesse processo. Trata-se, assim, de uma proposta inovadora no campo da gestão social em rede, uma vez que requer a participação dos diversos atores sociais, respeitando suas especificidades cultural, social, econômica, ambiental e política, especialmente quando se trata de Promoção da Saúde.

Diante dessas considerações, constata-se que a proposta de uma gestão em rede intersetorial é um desafio a ser trilhado pela SMSA/BV, uma vez que esta não tem se concretizado de modo a permitir a participação efetiva do cidadão boa-vistense na condução das ações de Promoção da Saúde. Da mesma forma é preciso investir no fortalecimento e na articulação do setor saúde com outros setores (educação, ambiente, etc.) a fim de qualificar a prestação de serviços à população.

Os resultados neste estudo sinalizam ainda para a necessidade do fortalecimento da participação comunitária de forma ativa, de modo a desenvolver outras metodologias que combinem a democracia representativa com a democracia participativa, por meio do estabelecimento de fóruns de discussão em saúde, conselho local de saúde, e a realização de debate com as comunidades das áreas adscritas à Estratégia em Saúde da Família, como mecanismo de negociação democrática para esse fim.

A literatura consultada indica que o *modelo de gestão em rede* é o mais indicado para o fortalecimento da descentralização da gestão e da democracia, contudo, verificou-se nesse estudo de caso que todos os processos da gestão em rede desenvolvidos pela SMSA/BV para implementar ações de Promoção da Saúde precisam ser qualificados, para que se torne possível fortalecer a construção coletiva da sustentabilidade.

Assim, é possível concluir que às dimensões da sustentabilidade socioambiental estão no cerne das políticas sociais, isso significa que sem compreender a sustentabilidade a partir dos indicadores territorial, social, ambiental, cultural, político e econômico como importantes

instrumentos para direcionar as políticas públicas é impossível avançar no campo da gestão social em rede.

Por fim, como sinalizado pelos profissionais do programa, recomenda-se ao gestor municipal que seja instituído formalmente uma pactuação entre as políticas públicas de forma intersetorial. Como indica a literatura, embora os problemas sociais se manifestem setorialmente, sua solução depende de outras políticas, e a ausência de pactuação entre os distintos setores limita o funcionamento/conexão da rede, comprometendo assim a eficácia, a eficiência e a efetividade das ações.

Diante das potencialidades no campo da *gestão em rede intersetorial* apresentado neste estudo de caso, espera-se contribuir para o fortalecimento da capacidade da gestão local no sentido da ESF ultrapassar o caráter curativo para se consolidar como estratégia para mudanças no âmbito local, principalmente para o enfrentamento dos determinantes socioambientais da saúde.

REFERÊNCIAS

- ARRETCHE, M.T.S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E.M. (org.). Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 29-39.
- ANDRADE, L. O. M. de; BARRETO, I. C. H. C. Promoção da Saúde e Cidades/Municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO, M.C.S. (org.). Saúde e ambiente Sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 151-172.
- AKERMAN, M. Saúde e desenvolvimento local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica. São Paulo: Hucitec, 2005
- ANDRADE, J. B.T. Desenvolvimento sustentado e meio ambiente. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social: o trabalho do assistente social e as políticas sociais . v. 4. Universidade de Brasília. Brasília – DF, 2000 p. 187-196.
- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. Avaliação de serviços e programas sociais. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
- BAPTISTA, M. V. O planejamento como processo político. IN: Planejamento social: intencionalidade e instrumentação. São Paulo: Editora Veras. 2 ed, 2010. p. 17- 24.
- BARBALHO, C.R.S; MORAES, S.O. Guia para normalização de relatórios técnicos científicos. Departamento de Biblioteconomia da UFAM. Manaus: EDUA, 2003. 103 p.;
- BEHRING, E. R. Expressões políticas da crise e as novas configurações do Estado e da Sociedade Civil. In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 70-86.
- BELLONI. I.; MAGALHÃES, H. de; SOUSA, L.C. de. Metodologia de avaliação em políticas: uma experiência em educação profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2003, p. 14-25. Coleção Questões da Nossa Época. v. 75.
- BIDARRA, Z.S. Pactuar a intersetorialidade e tramar as redes para consolidar sistema de garantia de direitos. In: Serviço Social e Sociedade, N.99. São Paulo: Cortez, 2009. p. 483-497.
- BOURGUIGNON, J.A. Concepção de rede intersetorial. 2001. Disponível em: <<http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>>. Acesso em 13 jun 2011.
- BOA VISTA-RR. Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde: 2010-2013. 2010. Disponível em: <http://www.google.com.br/search?q=Plano+Municipal+de+Sa%C3%BAde%3A+2010-2013&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:pt-BR:official&client=firefox-a>. Acesso em: 12/11/2012
- _____. SMSA. Relatório de Gestão 4º trimestre de 2010. Fundo Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde, Boa Vista , 2011

_____.SMSA. Relatório de Prestação de contas físico-financeira 4º trimestre de 2011. Fundo Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde, maio de 2012.

_____. SMSA. RAG-Relatório Anual de Gestão 2011. Fundo Municipal de Saúde. Maio, 2012

_____. SMSA. Relatório de Prestação de Contas do Primeiro Quadrimestre 2012. Fundo Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde, Boa Vista, agosto, 2012. (240 p.)

_____. SMSA. Relatório de Prestação de Contas do Segundo Quadrimestre 2012. Fundo Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde, Boa Vista, outubro, 2012. (405 p.)

_____. SMSA. Relatório de Prestação de Contas do Terceiro Quadrimestre 2012. Fundo Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde, Boa Vista,2013. (496 p.)

_____. SMSA. RAG-Relatório Anual de Gestão 2012. Fundo Municipal de Saúde. Boa Vista, março, 2013. (485 p.)

_____. SMSA. Relatório de Prestação de Contas do Primeiro Quadrimestre 2013. Fundo Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde, Boa Vista, 2013 - Volume I e II(512p.)

BOFF, L. Sustentabilidade: o que é: o que não é. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012

BRAVO, M.I. S. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. 3 ed, São Paulo: Cortez, 2010.

_____; MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S *et al* (org.). Saúde e Serviço Social. 4. Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009. p. 25-47.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Editora Escala. Versão atualizada. São Paulo: 2010.

_____. Lei 8080 de 29 de Setembro de 1990. Ministério da Saúde. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007

_____. Ministério da Saúde. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.– 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Política Nacional de Promoção à Saúde.3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Tribunal de Contas da União. Orientações para conselheiros de saúde. Brasília: TCU, 4 Secretaria de Controle Externo, 2010

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1).

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Sala de apoio a gestão estratégica. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/sala_apoio_gestao_estragica.php. Acesso em: 27 dez. 2012.

_____. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRUNDTLAND, G.H. (org.). Nosso Futuro Comum/Comissão Mundial sobre meio ambiente e desenvolvimento (Relatório). 2 ed., Rio de Janeiro: FGV, 1991.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. In: Ciências e saúde coletiva [online]. 2000, vol.5, n.1, p. 163-177. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>> Acesso em: 17 set. 2012.

_____. Promoção da Saúde da Família. In: Documentos sobre Promoção da Saúde no site do Ministério da Saúde, dez.2002p. 50-63. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23%281%29021.pdf> Acesso em: 17 set. 2012

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do sus em questão?. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 301-306. Disponível em: <www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413...script=sci_arttext> acesso em: 17 set. 2012

CARVALHO, M. C. B. Gestão Social: alguns apontamentos para o debate. In: RICO, Elizabeth de Melo & RAICHELIS, Raquel (orgs). Gestão Social: uma questão em debate. São Paulo: EDUC, IEE, 1999. p.19-29.

_____. Avaliação Participativa: uma escolha metodológica. In: RICO, E.M. (org.). Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 87-109.

CARVALHO, G. *et. al.* Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

CASTELLS, M. A Sociedade em Rede. Tradução: Roneide Venâncio Majer. São Paulo: Paz e Terra, 2010.

CASTELLS, M. Hacia el estado red? Globalizacion econômica e instituciones políticas em la era de la informacion. Seminário internacional Sociedade e a Reforma do Estado. São Paulo, 1998.

COHEN, E;FRANCO, R. Avaliação: conceito e especificidade. In: COHEN, E; FRANCO, R. Avaliação de Projetos Sociais. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 72-77.

CÔRTEZ, J.A. Epidemiologia: conceitos e princípios fundamentais. São Paulo: Livraria Varela, 1993

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. IN: Czeresnia, D; FREITAS, CM (org.). Promoção da saúde, conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53.

DE FRANCO, A. Carta DLIS Especial sobre a Capacitação de Equipes. Carta 56, 2004. *apud* AKERMAN, M. Saúde e desenvolvimento local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica. São Paulo: Hucitec, 2005

DRIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. IN: BARREIRA, M.C.R.N; CARVALHO, M.C.B (org.). Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUC, 2001, (pp. 13-42).

DEMARZO, M. M. P. Reorganização dos Sistemas de Saúde: Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde. Cadernos de Especialização em Saúde da Família- EAD. UNIFESP/UNA-SUS: São Paulo, 2010.

DOWBOR, L. Descentralização e reprodução. In: DOWBOR, L. A reprodução Social: propostas para uma gestão descentralizada. São Paulo: Vozes, 2001.

DOWBOR, L. Democracia econômica. Petrópolis: Vozes, 2008. *apud* BOFF, L. Sustentabilidade: o que é: o que não é. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012

FAGUNDES, H., MOURA, A. B. Avaliação de programas e políticas públicas. In: Revista textos & contextos. Porto Alegre, v. 8, n.1, Jan./Jun. 2009; (p.89-103). Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/5676>> Acesso em: 14/03/2011.

FLEURY, S. Políticas Sociais e Democratização do poder local. In: VERGARA, S. C. (org.). Propostas para uma gestão Pública Municipal Efetiva, Rio de Janeiro: FGV, 2003. p. 91-116.

FRITSCH, R. Planejamento Estratégico: instrumento para intervenção do Serviço Social? In: Revista Serviço Social e Sociedade, n.52, 1996.

FREY, Klaus. Desenvolvimento sustentável local na sociedade em rede: o potencial das novas tecnologias de informação e comunicação. *Rev. Sociol. Polit.* [online]. 2003, n.21, p. 165-185. ISSN 0104-4478.

FURTADO, C. Os desafios da nova Geração. In: Revista de Economia Política. Vol. 24, n.4 (96), outubro-dezembro, 2004, p.483-486.

GIDDENS, A. A terceira Via. Reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da socialdemocracia. 4 ed., Rio de Janeiro: Record, 2001.

GUARÁ, I.M. *et al.* Gestão Municipal dos serviços de atenção à criança e ao adolescente. São Paulo: IEE/PUC - SP; Brasília: SAS/MPAS, 1998.

HARVEY, D. O enigma do capital: e as crises do capitalismo. São Paulo, SP: Boitempo, 2011

IAMAMOTO, M. V. Capital Fetice, questão social e Serviço Social. In: IAMAMOTO, M. V. Serviço Social em tempo de capital fetice: capital financeiro, trabalho e questão social. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2010. p. 105- 208.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 2010. Boa Vista, 2010.

INOJOSA, R. M. Construindo o futuro: Transetorialidade e redes de compromisso social. In: CAVALCANTE, M. (org.). Gestão social, Estratégias e Parcerias: redescobrimo a essência da administração brasileira de comunidades para o Terceiro Setor. São Paulo: Saraiva, 2006.

IPEA. Saúde. In: Políticas Sociais: acompanhamento e análise. 21 ed. Brasília: IPEA, 2013. Disponível em <http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_21_completo.pdf> Acesso em: 10 de dezembro de 2013.

JACOBI, P. Poder Local, políticas sociais e sustentabilidade. Revista Saúde e Sociedade (8), 1999 (p. 31-48). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901999000100004> Acesso em: 21 Fev 2012.

JUNQUEIRA, L.A.P. Gestão da Política de saúde e as organizações do terceiro setor. In: Revista Gestão e Tecnologia [on line]. 2003, n.1, v.2, p. 1-19. ISSN 2177-6652.

LEAVELL, S.; CLARCK, E. G. Medicina Preventiva. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEFF, E. Pensamento sociológico, racionalidade ambiental e transformações do conhecimento. In: LEFF, E. Epistemologia ambiental. Trad. Sandra Valenzuela. São Paulo: Cortez, 2001. p. 109-157.

_____. Ecologia, capital e cultura: a territorialização da racionalidade ambiental. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

LEONARDI, M.L.A. A educação ambiental como um dos instrumentos de superação da insustentabilidade da sociedade atual. In: CAVALCANTI, C. (org.). Meio ambiente, desenvolvimento sustentável e Políticas Públicas. São Paulo: Cortez, 1997. p. 391-405.

MENDES, R.; AKERMAN, M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: FERNANDES, J.C.A.; MENDES, R. Promoção da saúde e gestão local. São Paulo: CEPEDOC, 2007.

MINAYO, M. C.S. Saúde e ambiente: uma necessária reflexão. In: Inf. Epidemiol. Sus. 2002, vol.11, n.3, (p. 113-114). Disponível em:

<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732002000300001&lng=pt> Acesso em: 21 fev. 2012.

_____; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(5), Rio de Janeiro, 2000 (pp.7-18). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002> . Acesso em: 17 Set 2012.

MUNN, R.E. Towards sustainable development. *Atmospheric Environment*, 1992.

NOGUEIRA, M.G. Ambiente e desenvolvimento sustentável: reflexão sobre a educação ambiental no âmbito da gestão ambiental empresarial. In: *Rev. AMBIENTE & EDUCAÇÃO*, vol. 14, 2009 [on line]. Disponível em: <www.seer.furg.br/ambeduc/article/view/1141> Acessado em: 17 out. 2012.

NOGUEIRA, M.A. Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PEREIRA, A.P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In.: BOSCHETTI, I.; BEHRING, E.R; SANTOS, S. M. M.; MIOTO, R.C.T.(orgs). *Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas*. São Paulo: Cortez, 2009. p. 87-108.

PORTO, M. F. S. Saúde, ambiente e desenvolvimento: reflexões sobre a experiência da OPASAD – Conferência Pan-Americana de Saúde e Ambiente no Contexto do Desenvolvimento Sustentável. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3(2):33-46, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v3n2/7149.pdf>> . Acesso em: 17 set. 2012.

PASCHE, D.F. Contribuições para a Política de Humanização da saúde para o fortalecimento da Atenção Básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010 [Série Textos Básicos]*.

SACHS, I. *Ecodesenvolvimento: crescer sem destruir*. São Paulo: Vertice, 1986.

_____. *Estratégias de Transição para o Século XXI: desenvolvimento e meio ambiente*. Trad. Magda Lopes, - São Paulo: Studio Nobel: Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Cidade Aberta), 1993.

_____. *Caminhos para o desenvolvimento sustentável*. Org. Paula Yone Stron, Rio de Janeiro: Garamond, 2002.

SANTOS, B. S. Uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências e A ecologia dos saberes. In: SANTOS, B.S. *A gramática do tempo: para um nova cultura política*. São Paulo: Cortez, 2006 (Coleção: Para um novo senso comum, vol.4) (cap. 2)

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: CARVALHO, G. [et. al.]. *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes*

regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008. p. 69-99.

SERAFIM, M.P. Análise de Política: uma revisão da literatura. In: Revista Cadernos de Gestão Social [on line]. V.3, n. 1, jan/jun, 2012, p. 121-134. ISSN 1982-5447.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice, Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.12, p.91-112, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000100008> Acesso em: 10. mar. 2012.

SILVA, A.A. A gestão da Seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2010

SILVA, M. O.S. Pesquisa Avaliativa: aspectos teóricos e metodológicos. São Paulo: Veras; São Luís, MA: GAEPP, 2008.

SILVA, S. Q. Gestão social e sustentabilidade: um estudo de caso sobre a política pública de desenvolvimento sustentável do Estado do Amazonas. 2011. 166 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia) – ICHL, Universidade Federal do Amazonas, Manaus.

SILVA, S. F.(Org.) *et al.* Redes de Atenção à Saúde no SUS: O Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: IDISA e CONASEMS, 2008.

STAHTEL, A. W. Capitalismo e entropia: os aspectos ideológicos de uma contradição e a busca de alternativas sustentáveis. In: Cavalcanti, C. (org.). Desenvolvimento e natureza: estudos para uma sociedade sustentável. São Paulo: Cortez, 1995. p. 104-127.

SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, M.I.S.; MENEZES, J.S.B.(orgs). Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012.

TEIXEIRA, S.M.F; OUVENEY, A.M. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

TRAJANO, A. Posto de Saúde é depredado antes de começar a funcionar. FOLHA DE BOA VISTA, 1 de novembro de 2011. Disponível em: <http://www.folhabv.com.br/Noticia_Impressa.php?id=118711>. Acesso em: 3 de novembro de 2013.

VASCONCELOS, A. M. A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

VEIGA, J. E.da. A emergência socioambiental. São Paulo: Editora SENAC, 2007

_____. Desenvolvimento Sustentável: o desafio do século XXI. Rio de Janeiro: Garamond, 2010

WORTHEN, Blaine R. et al. O Objetivo, Os Usos e as Distinções conceituais de Básicas de Avaliação. In: WORTHEN, Blaine R. et al. Avaliação de programas: concepções e práticas. São Paulo: Editora Gente, 2004 (p.33-70)

APÊNDICE 1: REGISTRO FOTOGRÁFICO DA PESQUISA DE CAMPO



Frente da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Boa Vista-RR

Representante da Gestão participando da entrevista com a pesquisadora



Profissional da ESF participando da entrevista com a pesquisadora



Profissional da ESF apresentando como estão organizadas as áreas adscritas.

Ação de educação em saúde com puerperas na ESF.



Produto de atividade de Promoção da Saúde desenvolvido pelo PSE e ESF sobre meio ambiente.

Algumas Unidades Básicas de saúde que atuam com a ESF e visitadas pela pesquisadora.



APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal do Amazonas- UFAM
 Instituto de Ciências Humanas e Letras - ICHL
 Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia – PPGSS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar na condição de entrevistado da pesquisa intitulada: **GESTÃO SOCIAL E SUSTENTABILIDADE SOCIOAMBIENTAL: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM BOA VISTA-RR**. Essa pesquisa tem como objetivo avaliar as estratégias operacionais da Gestão Social em rede no sistema descentralizado da Política de Promoção da Saúde no Município de Boa Vista – RR sob a perspectiva da sustentabilidade socioambiental.

A pesquisadora responsável é Lady Mara Lima de Brito, cuja pesquisa é seu projeto de Dissertação de mestrado, realizado no Programa de Pós Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, pela Universidade Federal do Amazonas. Para qualquer informação, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato a qualquer momento com a pesquisadora pelo telefone (95) 9131-3483 ou endereço eletrônico lady_brito@hotmail.com. Ou ainda encontrá-la no endereço Av. Coronel Pinto, s/nº - Centro, no departamento de Serviço Social do Hospital Coronel Mota.

Destaca-se que a orientadora de mestrado na condução desta pesquisa é a Dra. Marinez Gil Nogueira, com quem o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato a qualquer momento para quaisquer informações na UFAM localizada na Av. General Rodrigo Octávio Jordão Ramos nº3.000 Campus Universitário Bairro Coroado I, no departamento de Pós-Graduação em Serviço Social- PGSS, telefone (92) 3305-4579, ou pelo endereço eletrônico marinezgil@yahoo.com.br.

Os benefícios relacionados com a sua participação na pesquisa, referem-se aos possíveis resultados sociais a serem alcançados, tendo em vista que a mesma poderá sinalizar alternativas inovadoras à realidade específica de Boa Vista, contribuindo para o desvelamento ou aperfeiçoamento de tecnologias de gestão para a referida política pública.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. No caso deste estudo os riscos são mínimos, pois se trata de uma pesquisa na área das Ciências sociais aplicada cujos instrumentais de coleta de informações não trazem risco a integridade do sujeito. Contudo, do ponto de vista sociopolítico da condição desses sujeitos como funcionários da SMSA, o único risco que pode haver é de represália institucional em relação a participação destes funcionários na pesquisa. Visando minimizar a possibilidade destes riscos, a pesquisa, obedecendo aos critérios éticos da confidencialidade das informações prestadas pelos sujeitos, garantirá o sigilo total da identidade e participação dos sujeitos na pesquisa não revelando nos resultados deste estudo nome e profissão daqueles que aceitarem participar da pesquisa mediante a assinatura deste termo.

Cumpra-se destacar que a sua participação não é obrigatória, podendo se retirar do estudo a qualquer momento que desejar, sem que com isso tenha qualquer prejuízo ou penalidade. Sua participação é inteiramente voluntária, uma vez que não será oferecida qualquer quantia em dinheiro ou em espécie como forma de pagamento à sua participação.

Ressalta-se que essa pesquisa passou pela avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM). Qualquer dúvida em relação à aprovação desta pesquisa neste Comitê de Ética entrar em contato pelo Endereço: Rua Teresina, 4950 Bairro: Adrianópolis CEP: 69.057-070 UF: AM Município: MANAUS, ou pelo Telefone (92)3305-5130 / Fax: (92)3305-5130; E-mail: cep@ufam.edu.br.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na referida pesquisa e, por isso, eu concordo em participar da seguinte forma:

- () Aceito que seja feito o registro fonográfico
- () Aceito que seja feito o registro fotográfico
- () Não aceito que seja feito o registro fonográfico
- () Não aceito que seja feito o registro fotográfico

Boa Vista, ___/_____/_____.

 Assinatura do sujeito da pesquisa

 Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE 3: INSTRUMENTAIS DA PESQUISA



Universidade Federal do Amazonas- UFAM
 Instituto de Ciências Humanas e Letras - ICHL



Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia – PPGSS

Gestão social e Sustentabilidade Socioambiental: um estudo de caso sobre a operacionalização da Política de Promoção da Saúde em Boa Vista-RR

Data: ___/___/___

Pesquisador: _____

Instrumento nº. _____

INSTRUMENTAL A: Roteiro de entrevista à ser aplicado aos **Gestores** que participaram da elaboração, implementação e avaliação do Plano Municipal de Saúde de Boa Vista-RR (2010-2013)

Identificação

1. Sexo: Feminino Masculino

2. Titulação

- Pós – Doutorado.
 Doutorado
 Mestrado
 Especialização
 Graduação
 Ensino Médio

3. Vínculo Institucional:

- Servidor efetivo
 Contratado
 Terceirizado
 Voluntário
 Outros _____

4. Formação: _____

5. Cargo que ocupava na ocasião da elaboração do Plano: _____

6. Tempo na Função: (_____)

7. O que você entende por promoção da saúde?

CATEGORIA: GESTÃO SOCIAL

8. Como você caracteriza a gestão da política de promoção da saúde desenvolvida pela SMSA?

9. Discorra como ocorreu o processo de tomada de decisão para construção (planejamento/formulação e implementação) das ações da política de promoção da saúde.

10. Qual era a função/missão do setor sob sua responsabilidade na SMSA e na condução do plano municipal de saúde?

11. Como se deu sua participação no processo de tomada de decisão como membro da comissão para elaboração do Plano Municipal?

12. A comissão teve ou não autonomia para tomar a maioria das decisões na ocasião da elaboração do Plano? Justifique
13. Como foi elaborada a programação das ações de promoção da saúde pelo setor na época sob sua responsabilidade na SMSA? (descreva sucintamente os passos). Utilizou algum método, técnica e instrumento para o planejamento? Com que periodicidade?
14. Ao planejar uma intervenção em saúde pública, por meio da Promoção da saúde, em uma determinada realidade, a SMSA privilegia uma articulação (intersetorial) com outros setores/outras políticas sociais? Caso sim, como ocorre esse processo?
15. Qual o critério para o estabelecimento de parcerias (redes) para o desenvolvimento das ações de Promoção da saúde? Quais?
16. As parcerias firmadas para execução das ações do programa são suficientes? Justifique.
17. Quais as estratégias operacionais utilizadas para a construção de uma gestão em rede ?
18. A SMSA adotou alguma inovação tecnológica na área de planejamento e gestão entre os anos de 2010 a 2013? Fale um pouco sobre elas.

CATEGORIA: SUSTENTABILIDADE SOCIOAMBIENTAL

19. Descreva como foi realizado o processo de recriação da Política Nacional de saúde para atender a realidade local, no processo de planejamento das ações de Promoção da saúde? Considere as dimensões:

Econômico: _____

Social: _____

Ambiental: _____

Cultural: _____

20. Em que os membros da comissão para elaboração do Plano Municipal de saúde se basearam ou tiveram como referência para a tomada de decisão no que se refere a promoção da saúde?

- | | |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> informações técnicas | <input type="checkbox"/> intuição |
| <input type="checkbox"/> orientações de assessores | <input type="checkbox"/> pressupostos teóricos |
| <input type="checkbox"/> conversas informais | <input type="checkbox"/> dispositivos legais. Quais? _____ |

21. Os recursos (materiais, financeiros e físicos) são suficientes para a realização das ações? Justifique.
22. Quais as estratégias utilizadas por este setor para conduzir os planos/operações/ações em momentos de crise?
23. Antes das ações de promoção da saúde serem implantadas, os profissionais envolvidos foram qualificados sobre as diretrizes políticas do programa?
24. Existem canais de discussão com os moradores da área de abrangência no processo de construção das ações para a Promoção da saúde?

CATEGORIA: AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA: Efetividade

25. As ações de promoção da saúde desenvolvidas pelas casas de saúde tem alcançado os objetivos propostos? Justifique
26. Existe acompanhamento/monitoramento (avaliação de processo) das ações em rede desenvolvida pela SMSA?
27. Quais os instrumentos utilizados para o acompanhamento das ações (monitoramento)?
28. Com que frequência é realizado o monitoramento das ações?
29. No processo de avaliação das ações do programa é privilegiada a participação da comunidade ou público-alvo?
30. Quais as principais dificuldades encontradas para realizar um trabalho em rede voltado para a promoção da saúde?
- Insuficiência de tempo
 - Falta de recursos
 - Acúmulo de atividades
 - Falta de orientação
 - Necessidade de reorganização das ações
 - Limites impostos pela instituição/comunidade/público-atingido
 - Falta de empenho pessoal
 - Dificuldades de participação da população (público-alvo e/ou comunidade)
 - Outra(s) _____
31. Como você avalia os resultados das ações de promoção da saúde para o cidadão boa-vistense?
32. Os resultados das ações em rede desenvolvidas pela SMSA são sistematizados e socializados entre instituições e técnicos participantes? Justifique sua resposta
33. Quais as suas sugestões para melhorar a gestão das ações em rede de Promoção da Saúde?

Obrigada pela sua participação!



Universidade Federal do Amazonas- UFAM
 Instituto de Ciências Humanas e Letras - ICHL
 Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia – PPGSS



Gestão social e Sustentabilidade Socioambiental: um estudo de caso sobre a operacionalização da Política de Promoção da Saúde em Boa Vista-RR

Data: ____/____/____

Pesquisador: _____

Instrumento nº. _____

INSTRUMENTAL B: Formulário para ser aplicado aos profissionais técnico-operativo vinculado a Estratégia em Saúde da Família com os profissionais do Programa Saúde da Família.

Identificação

1. Sexo: Feminino Masculino

2. Titulação

- Pós – Doutorado.
 Doutorado
 Mestrado
 Especialização
 Graduação
 Ensino Médio

3. Vínculo Institucional:

- Servidor efetivo
 Contratado
 Terceirizado
 Voluntário
 Outros _____

4. Formação: _____

5. Função: _____

6. Tempo na Função: (_____)

7. O que você entende por promoção da saúde?

CATEGORIA: GESTÃO SOCIAL

8. Como você caracteriza a gestão da política de promoção da saúde desenvolvida pela SMSA?

9. As ações a serem desenvolvidas pela ESF são articuladas em rede intersetorial? Justifique

10. As parcerias firmadas para execução das ações do programa são suficientes? Justifique.

11. Quais as estratégias operacionais utilizadas para a construção de uma gestão em rede ?

CATEGORIA: SUSTENTABILIDADE SOCIOAMBIENTAL

12. Os recursos (materiais, financeiros e físicos) são suficientes para a realização das ações? Justifique.

13. Quais os princípios que fundamentam as ações de Promoção de saúde desenvolvidas por essa

Casa? Considere as dimensões:

Territorial: _____
 Econômico: _____
 Social: _____
 Ambiental: _____
 Cultural: _____
 Política: _____

14. Foi realizado algum trabalho com a comunidade sobre o funcionamento do Programa Saúde da Família/casas de saúde?
15. Antes das ações de promoção da saúde serem implantadas, os profissionais envolvidos foram qualificados sobre as diretrizes políticas do programa?
16. Quais os problemas de saúde que mais acometiam os moradores da área de abrangência dessa *casa de saúde*?
17. A casa de saúde mudou essa situação? Justifique.
18. Existem canais de discussão com os moradores da área de abrangência no processo de construção das ações para a Promoção da saúde?
19. Considerando que o *Programa Saúde da Família* tem por objetivo a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Quais as técnicas que você utiliza para alcançar o objetivo proposto?
20. As ações de promoção da saúde desenvolvidas por essa casa de saúde tem alcançado os objetivos propostos? Justifique

CATEGORIA: AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA: Efetividade

21. Existe acompanhamento/monitoramento (avaliação de processo) das ações em rede desenvolvida pela SMSA?
22. Quais os instrumentos utilizados para o acompanhamento das ações (monitoramento)?
23. Com que frequência é realizado o monitoramento das ações?
24. No processo de avaliação das ações do programa é privilegiada a participação da comunidade ou público-alvo?
25. Quais as principais dificuldades encontradas para realizar um trabalho em rede voltado para a promoção da saúde nessa casa de saúde?
- [] Insuficiência de tempo
 [] Falta de recursos
 [] Acúmulo de atividades
 [] Falta de orientação
 [] Necessidade de reorganização das ações

- Limites impostos pela instituição/comunidade/público-atingido
- Falta de empenho pessoal
- Dificuldades de participação da população (público-alvo e/ou comunidade)
- Outra(s) _____

26. Os resultados do programa são sistematizados e socializados entre instituições parceiras, técnicos e usuários? Justifique sua resposta

27. Quais as suas sugestões para melhorar a gestão das ações em rede de Promoção da Saúde?

Obrigada pela sua participação!



Universidade Federal do Amazonas- UFAM
Instituto de Ciências Humanas e Letras - ICHL



Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia – PPGSS

Gestão social e Sustentabilidade Socioambiental: um estudo de caso sobre a operacionalização da Política de Promoção da Saúde em Boa Vista-RR

Data: ____/____/____
Pesquisador: _____
Instrumento nº. _____

INSTRUMENTAL C: Formulário destinado aos representantes não governamentais

Identificação

1. Sexo: Feminino Masculino
2. **Titulação**
 - Pós – Doutorado.
 - Doutorado
 - Mestrado
 - Especialização
 - Graduação
 - Ensino Médio
3. **3. Vínculo Institucional:**
 - Servidor efetivo
 - Contratado
 - Terceirizado
 - Voluntário
 - Outros _____
4. Formação: _____
5. Cargo que ocupava na ocasião da elaboração do Plano: _____
6. Tempo na Função: (_____)
7. O que você entende por promoção da saúde?

CATEGORIA: GESTÃO SOCIAL

8. Como você caracteriza a gestão da política de promoção da saúde desenvolvida pela SMSA?
9. Discorra como ocorreu o processo de tomada de decisão para construção (planejamento/formulação e implementação) das ações da política de promoção da saúde.
10. Qual era a função/missão do setor sob sua responsabilidade na SMSA e na condução do plano municipal de saúde?
11. Como se deu a participação do controle social no processo de tomada de decisão para elaboração do Plano Municipal?

CATEGORIA: SUSTENTABILIDADE SOCIOAMBIENTAL

12. Como você vê a participação social da comunidade na gestão da SMSA?

13. Os recursos (materiais, financeiros e físicos) são suficientes para a realização das ações? Justifique.

CATEGORIA: AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA: Efetividade

14. No processo de avaliação das ações do programa é privilegiada a participação da comunidade ou público-alvo?
15. Quais as suas sugestões para melhorar a gestão das ações em rede de Promoção da Saúde?

Obrigada pela sua participação!



Universidade Federal do Amazonas- UFAM
Instituto de Ciências Humanas e Letras - ICHL



Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia – PPGSS

Gestão social e Sustentabilidade Socioambiental: um estudo de caso sobre a operacionalização da Política de Promoção da Saúde em Boa Vista-RR

Data: ____/____/____

Pesquisador: _____

Instrumento n.º. _____

INSTRUMENTAL D: Formulário destinado ao representante da instituição parceira

Identificação

1. Sexo: Feminino Masculino

2. Titulação

Pós – Doutorado.

Doutorado

Mestrado

Especialização

Graduação

Ensino Médio

3. Vínculo Institucional:

Servidor efetivo

Contratado

Terceirizado

Voluntário

Outros _____

4. Formação: _____

5. Cargo que ocupava na ocasião da elaboração do Plano: _____

6. Tempo na Função: (_____)

7. O que você entende por promoção da saúde?

CATEGORIA: GESTÃO SOCIAL

1. Como você caracteriza a gestão da política de promoção da saúde desenvolvida pela SMSA?
2. Como se deu sua participação no processo de tomada de decisão para as ações de promoção da saúde?
3. Ao planejar uma intervenção em saúde pública, por meio da Promoção da saúde, em uma determinada realidade, a SMSA privilegia uma articulação (intersetorial) com outros setores/outras políticas sociais? Caso sim, como ocorre esse processo?
4. Qual o critério para o estabelecimento de parcerias (redes) para o desenvolvimento das ações de Promoção da saúde? Quais?

CATEGORIA: SUSTENTABILIDADE SOCIOAMBIENTAL

5. Os recursos (materiais, financeiros e físicos) são suficientes para a realização das ações? Justifique

6. Antes das ações de promoção da saúde serem implantadas, os profissionais envolvidos foram qualificados sobre as diretrizes políticas do programa?

CATEGORIA: AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA: Efetividade

7. Existe acompanhamento/monitoramento (avaliação de processo) das ações em rede desenvolvida?
8. Quais os instrumentos utilizados para o acompanhamento das ações (monitoramento)?
9. Com que frequência é realizado o monitoramento das ações?
10. No processo de avaliação das ações do programa é privilegiada a participação da comunidade ou público-alvo?
11. Quais as principais dificuldades encontradas para realizar um trabalho em rede voltado para a promoção da saúde nessa casa de saúde?
- Insuficiência de tempo
 - Falta de recursos
 - Acúmulo de atividades
 - Falta de orientação
 - Necessidade de reorganização das ações
 - Limites impostos pela instituição/comunidade/público-atingido
 - Falta de empenho pessoal
 - Dificuldades de participação da população (público-alvo e/ou comunidade)
 - Outra(s) _____
12. Os resultados do programa são sistematizados e socializados entre instituições parceiras, técnicos e usuários? Justifique sua resposta
13. Quais as suas sugestões para melhorar a gestão das ações em rede de Promoção da Saúde?

Obrigada pela sua participação!

ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA - PMBV
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA
SUPERINTENDÊNCIA DA GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

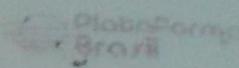
TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado **“GESTÃO SOCIAL E SUSTENTABILIDADE SOCIOAMBIENTAL: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM BOA VISTA-RR”**, realizado pela mestranda Lady Mara Lima de Brito sob a orientação da Profa. Dra. Marinez Gil Nogueira do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia (PGSS) da Universidade Federal do Amazonas, o qual terá o apoio desta Instituição.

06 de maio de 2013.

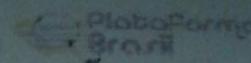

Maria do Socorro Vieira Marques
Superintendente da Gestão do Trabalho
e Educação em Saúde/SGTES/SMSA

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

	FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO AMAZONAS - FUA (UFAM)	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: GESTÃO SOCIAL E SUSTENTABILIDADE SOCIOAMBIENTAL: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM BOA VISTA-RR		
Pesquisador: LADY MARA LIMA DE BRITO		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 25178113.7.0000.5020		
Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas - UFAM		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 493.339		
Data da Relatoria: 11/12/2013		
Apresentação do Projeto:		
Análise da gestão social em rede sob a perspectiva da sustentabilidade socioambiental da política pública de promoção da saúde, tendo como pano de fundo o processo de monitoramento e avaliação da política objeto da pesquisa. Visa desvelar a existência efetiva ou não de ações intersetoriais entre o Setor Saúde, Ambiente e/ou outros setores no desenvolvimento das ações, bem como a adoção de metodologia participativa da população local no planejamento e avaliação da política.		
Objetivo da Pesquisa:		
Objetivo Primário:		
Avaliar as estratégias operacionais da Gestão Social em rede no sistema descentralizado da Política de Promoção da Saúde no Município de Boa Vista - RR sob a perspectiva da sustentabilidade socioambiental.		
Objetivo Secundário:		
1) Investigar a relação entre saúde e ambiente no âmbito da gestão social em rede da política pública de saúde no Brasil frente às demandas da sustentabilidade socioambiental; 2) Caracterizar a operacionalização da articulação em rede intersetorial da gestão social das ações de promoção da saúde em Boa Vista-RR; 3) Analisar se os instrumentos de avaliação dos resultados das ações		
Endereço: Rua Teresina, 4950		
Bairro: Adrianópolis		CEP: 69.057-070
UF: AM	Município: MANAUS	
Telefone: (92)3305-5130	Fax: (92)3305-5130	E-mail: cep@ufam.edu.br
Página 01 de 04		



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
DO AMAZONAS - FUA (UFAM)



Continuação do Parecer: 493.339

de promoção da saúde existentes estão
respeitando os princípios de gestão democrática e participativa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. No caso deste estudo os riscos são mínimos, pois se trata de uma pesquisa na área das Ciências sociais aplicadas cujos instrumentais de coleta de informações não trazem risco à integridade do sujeito. Contudo, do ponto de vista sociopolítico da condição desses sujeitos como funcionários da SMSA, o único risco que pode haver é de represália institucional em relação a participação destes funcionários na pesquisa. Visando minimizar a possibilidade destes riscos, a pesquisa obedecendo aos critérios éticos da confidencialidade das informações prestadas pelos sujeitos, garantirá o sigilo total da identidade e participação dos sujeitos na pesquisa. Ou seja, não serão revelados nos resultados da pesquisa nomes e profissão daqueles que mediante a assinatura do TCLE aceitarem participar da pesquisa.

Benefícios:

Além da contribuição teórica, esta pesquisa também contribuirá socialmente, ao passo que abordará a problemática referente à efetivação de um dos direitos sociais aclamados na Carta Magna, ou seja, a garantia da equidade de acesso dos cidadãos as ações e serviços de promoção de saúde sob a ótica da sustentabilidade socioambiental. Desse modo os benefícios estão relacionados aos possíveis resultados sociais a serem alcançados ou desvelados com o estudo, tendo em vista que a mesma poderá sinalizar alternativas inovadoras à realidade específica do município de Boa Vista-RR, contribuindo para o desvelamento ou aperfeiçoamento de tecnologias de gestão para a referida política pública.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa em nível de mestrado, desenvolvida pela pesquisadora Lady Mara Lima de Brito, sob a orientação da Profª Drª Marinêz Gil Nogueira, através do Programa de Pós Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, do Instituto de Ciências Humanas e Letras, da Universidade Federal do Amazonas, por intermédio de recursos próprios.

A emergência do debate entre saúde e ambiente, como parte integrante da Política de Promoção da Saúde, surge no cenário internacional a partir dos anos 1970, em um contexto marcado pela

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

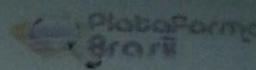
Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
DO AMAZONAS - FUA (UFAM)



Continuação do Parecer: 493.339

crítica ao modelo de desenvolvimento capitalista, cuja essência centra-se nas forças do mercado e ancorado na lógica neoliberal. Como herança desse modelo vivencia-se no século XX a intensificação da desigualdade social que impacta diretamente a qualidade de vida e saúde da população e a emergência da questão socioambiental. As evidências do processo de desenvolvimento da Promoção da Saúde no Brasil iniciou-se nos anos 1980, período este marcado por fortes movimentos populares em busca da consolidação de direitos civis, políticos e sociais, consubstanciando em mudanças e desdobramentos nestes setores, os quais atingiram a dinâmica social e econômica da sociedade brasileira. Esse projeto de pesquisa tem por objeto de estudo o tema relacionado à gestão social de políticas públicas. Tem como foco de análise as ações desenvolvidas para o fomento da qualidade de vida sob a ótica da sustentabilidade socioambiental no Município de Boa Vista, capital do estado de Roraima. A delimitação do tema refere-se ao estudo da gestão social em rede sob a perspectiva da sustentabilidade socioambiental da política pública de promoção da saúde desenvolvida em Boa Vista-RR pela Secretaria Municipal de Saúde - SMSA. Assim, constitui-se como foco principal a identificação e análise das ações de promoção da saúde integradas às dimensões da sustentabilidade do desenvolvimento econômico e social na sociedade capitalista, tendo como pano de fundo a gestão social em rede, em que será focalizado o processo de monitoramento e avaliação da política pública objeto da pesquisa, visando desvelar a existência efetiva ou não de ações intersetoriais entre o Setor Saúde, Ambiente e/ou outros setores no desenvolvimento das ações, bem como a adoção de metodologia participativa da população local no planejamento e avaliação da política.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- A folha de rosto está adequada e, devidamente assinada pela coordenadora do Programa de pós-graduação em Serviço Social, Profª. Drª. Yoshiko Sasaki;
- O Termo de Concordância está adequado, assinado pela Superintendência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista -RR;
- O TCLE está adequado e contempla todos os requisitos necessários ao esclarecimento e amparo aos participantes da pesquisa;
- O Instrumento de coleta de dados está adequado, em consonância com a metodologia proposta para o estudo e, subdivide-se em três formulários que serão destinados aos participantes de diversos setores da respectiva secretaria;
- Os critérios de inclusão e exclusão estão adequados, considerando os objetivos propostos no

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br

