

CAPITAL SOCIAL: LIMITES À GESTÃO PARTICIPATIVA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS

Ariane Marques Leite
Bruna de Castro Salviano Nicolato



CAPITAL SOCIAL: LIMITES À GESTÃO PARTICIPATIVA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS

Ariane Marques Leite
Bruna de Castro Salviano Nicolato

RESUMO

Experiências em todo o mundo apontam que a efetiva participação da comunidade nas ações e serviços de saúde é imprescindível para a melhora dos resultados sanitários. Nesse sentido, os modelos de manejo das condições crônicas têm contemplado amplamente diretrizes para empoderar os usuários para que sejam capazes de tomar decisões relativas ao seu próprio manejo. Minas Gerais avança ao apostar no Modelo de Atenção às Condições Crônicas de Mendes (2007) e apresenta estratégias robustas para a implantação de tal modelo. Assim, o presente trabalho apresentará alguns aspectos do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) adotado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, bem como o desafio encontrado pelas políticas de gestão participativa em torno do baixo acúmulo de capital social da população brasileira, cujas soluções são previstas no MACC. As duas estratégias da SES/MG apresentadas (a Rede Minas Saúde e a Rede em defesa da vida) demonstram-se alinhadas ao MACC e eficazes quanto à capacidade de alcançar a participação popular.



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	3
2 O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS.....	5
3 O CAPITAL SOCIAL E O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS.....	10
4 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM MINAS GERAIS: O MINAS SAÚDE E OS COMITÊS EM DEFESA DA VIDA.....	12
5 CONCLUSÕES.....	17
6 REFERÊNCIAS.....	18



1 INTRODUÇÃO

Os modelos de atenção a saúde surgem devido à necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde a fim de que respondam com efetividade, eficiência e segurança as condições de saúde denominadas crônicas. E, por isso, eles estão dirigidos principalmente ao manejo destas condições. (MENDES, 2009) Derivam do modelo de atenção crônica (Chronic Care Model – CCM), desenvolvido nos Estados Unidos.

O modelo de atenção que vem sendo implantado na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais é o desenvolvido por Mendes (2007), denominado Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

Este modelo preconiza, dentre outros aspectos, a participação social como condição para o efetivo funcionamento deste modelo, estando no cerne de mudanças condicionantes da utilização do modelo e nas intervenções de promoção e atenção a saúde.

Contudo, alcançar a participação da comunidade nas ações e serviços de saúde é tarefa complicada diante de uma baixa acumulação de capital social e de realidades sociais como a média de escolaridade da população brasileira.

O objetivo deste trabalho, portanto, é apresentar brevemente o MACC, enfocando o primeiro e o segundo níveis de atenção deste modelo (intervenções de promoção e de prevenção de condições de saúde, respectivamente), bem como a importância do autocuidado apoiado e a atenção colaborativa em todos os níveis de atenção do modelo.

Também serão explanadas ações do governo de Minas Gerais que representam a implantação do MACC como modelo fomentado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, como o Minas Saúde e a Rede de Defesa da Vida, que visam estimular e educar a população para que haja eficazmente nos espaços de tomadas de decisão.

Para tanto, foram feitas pesquisas documentais e revisões bibliográficas a respeito das políticas mineiras de promoção e prevenção à saúde e do Modelo de Atenção às Condições Crônicas.



Desta feita, na seção 2 apresentar-se-á o Modelo de Atenção às Condições Crônicas proposto por Mendes (2007), descrevendo os componentes, a interpretação do modelo, fundamentos, enfocando-se os níveis de atenção em que as tecnologias de interação com o público são mais amplas e a relevância as práticas do autocuidado apoiado quaisquer que sejam os níveis de atenção.

Por sua vez, a seção 3 apresenta o baixo acúmulo de capital social na sociedade brasileira como óbice às políticas que preconizam a participação social. Bem como identifica a completude do MACC, uma vez que este prevê ações que permitem enfrentar esta realidade.

Na seção 4, são apresentadas duas estratégias da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais em prol de implantar as mudanças preconizadas pelo MACC e constituir ações em que o engajamento popular é fundamental.

Por fim, na seção 5 são apresentadas as principais conclusões do confronto entre o MACC, a teoria do capital social, a realidade de tal fator na sociedade brasileira e as duas estratégias da SES/MG apresentadas.



2 O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) proposto por Mendes (2007) e em implantação pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) advém da organização sistemática das evidências dos modelos de manejo das condições crônicas experimentados em diversos locais do mundo.

O MACC se estrutura em cinco níveis e tem como elementos constituintes a população, os focos de intervenções de saúde e os tipos de intervenções de saúde.

Este modelo se articula com o modelo de determinação social de Dahlgren e Whitehead (1991), que preconiza que as condições sociais que as pessoas vivem e trabalham são determinantes da saúde de uma pessoa. Assim, este modelo se articula com o MACC nos níveis de atenção à saúde.

No primeiro nível do MACC, opera-se com a população total de uma rede, por meio de intervenções de promoção das condições de saúde. Neste nível, enfocam-se os macrodeterminantes, as condições de vida e de trabalho e o acesso aos serviços essenciais e às redes sociais e comunitárias (que correspondem aos determinantes distais e intermediários de saúde do modelo de Dahlgren e Whitehead (1991).

Por sua vez, no segundo nível trabalha-se com subpopulações da população total estratificadas em fatores de risco, com foco nos comportamentos e estilos de vida (determinantes proximais do modelo de determinação social), por meio de intervenções de prevenção de condições de saúde.

A partir do terceiro nível já se identificam condições de saúde estabelecidas e, portanto, opera-se com condições de saúde, cuja gravidade definirá as intervenções sanitárias. Mendes (2009) elucida que o terceiro, o quarto e o quinto nível do MACC vinculam-se aos indivíduos com suas características de idade, sexo e fatores hereditários (núcleo central do modelo de Dahlgren e Whitehead).

Segundo Mendes (2009, p. 392), no terceiro nível do MACC, opera-se com subpopulações “que apresentam uma condição crônica simples, de baixo ou médio riscos, em geral prevalente entre 70 a 80% dos portadores de condição de saúde, por meio da gestão da condição de saúde”.



No quarto nível, estão envolvidas as subpopulações com condição crônica complexa, de alto ou muito alto riscos, e a tecnologia de atenção emprega também é a de gestão da condição de saúde.

Por sua vez, no quinto nível, atua-se com subpopulações que apresentam uma condição de saúde muito complexa, as quais representam de 1 a 5% da população total e que chegam a consumir a maior parte dos recursos do sistema de atenção à saúde, elucida Mendes (2009), citando Berk e Monheint, 1992). A tecnologia de intervenção nesse nível também é outra de gestão da condição de saúde, a gestão de caso.

O MACC ainda destaca a proporção que o autocuidado apoiado representa em relação à atenção profissional. Num contínuo gradual, de tal maneira no primeiro nível prevalece apenas o autocuidado apoiado, que vai reduzindo até o quinto nível. Segundo Mendes (2009), citando Singh (2005), Porter e Kellogg (2008), “é desta forma que esse modelo incorpora as evidências provenientes, especialmente da Pirâmide da Kaiser Permanente, e internalizadas pelo modelo de atenção crônica em diversos países do mundo”. (MENDES, 2009, p. 393)

Ao ressaltar a maior proporção de ações de autocuidado apoiado em relação à atenção profissional e a predominância desses dois tipos de ações em cada nível de atenção à saúde, o MACC revela que as intervenções em promoção e em prevenção da saúde constituem quase que totalmente (as de promoção, totalmente) em autocuidado apoiado.

As intervenções de promoção da saúde aplicam-se à totalidade da população e elas ocorrem sobre os determinantes sociais de saúde por meio de intervenções intersetoriais. Nos diversos níveis de atenção, as intervenções devem se basear não só na intersetorialidade, como na participação social e nas evidências científicas.

O fundamento de tais intervenções está nas constatações de trabalhos científicos quanto à influência da condição econômica, da educação, da cobertura de serviços de água e esgoto, das condições de emprego, do ambiente, das redes sociais e comunitárias nas condições de saúde. Interessante notar que o capital social, medido pelas redes sociais e comunitárias, também se associa ao desenvolvimento econômico, educação e mobilidade de emprego, bem como com violência e mobilidade. Tem-se também que não só o capital social interfere nas condições de saúde, como estas influenciam aquele. (MENDES, 2009)



Exemplos de políticas que visam atuar nesse nível são: políticas macroeconômicas; ambientais; acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada; políticas que favoreçam o fortalecimento da solidariedade e da confiança, a construção das redes de apoio e a participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas para a melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, dentre outras.

Existe atualmente uma ação de caráter intersetorial no Estado de Minas Gerais, denominado Projeto Travessia, cujo objetivo é promover a inclusão social e produtiva da população de maior vulnerabilidade social e estimular a participação e o controle social das políticas públicas. Inicialmente, abrangendo 5 municípios, passou a atuar em 33 municípios localizados nas regiões mais pobres do estado (Norte, Vale do Jequitinhonha, Vale do Mucuri e Vale do Rio Doce). Visa também à participação da comunidade, a fim de que se acumule capital social nas comunidades, contando, para tanto, com ações de mobilização social. O que inclui, inclusive, encontros da equipe do projeto com a comunidade a fim de avaliar o plano de trabalho.

Por sua vez, no segundo nível do MACC, estão as intervenções de prevenção das condições de saúde em populações de risco, por meio de atuação nos determinantes sociais de saúde relativos aos comportamentos e aos estilos de vida. (MENDES, 2009)

Para se utilizar o modelo, deve-se promover mudanças profundas da atual forma com que se presta a atenção à saúde, a fim de qualificar as interações produtivas entre equipes de saúde proativas e preparadas e pessoas usuárias ativas e informadas. Mendes (2009) elenca oito dimensões principais que devem passar por modificações, quais sejam: atenção prescritiva e centrada na doença e a atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família; atenção não programada e atenção programada; atenção uniprofissional e atenção multiprofissional; atenção médica especializada e atenção médica generalista; atenção presencial e atenção não presencial; atenção individual e atenção em grupo; atenção profissional e atenção por leigos; e atenção profissional e autocuidado apoiado.

A participação da comunidade está fortemente presente numa atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família e na adoção do autocuidado apoiado.



Nesse sentido, em uma atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família, as pessoas usuárias deixam de ser pacientes e tornam-se produtoras de sua saúde, participando das decisões clínicas, constituindo-se, assim, membros da equipe de atenção. Este tipo de atenção tem como características:

provê a informação, a comunicação e a educação de que as pessoas necessitam e desejam; respeitam os valores, as preferências e as necessidades expressas das pessoas; e garante o conforto físico, o suporte emocional e o envolvimento da família. (MENDES, 2009, p. 452)

É fundamental para a atenção colaborativa a estratégia de alfabetização sanitária. A qual representa

o grau de acumulação, pelas pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde, de capacidades para obter, desenvolver, processar e compreender as informações básicas que as permitam fazer decisões e utilizar plenamente os serviços em benefício de sua saúde. (MENDES, 2009, pp. 459-460)

Assim, deficiências na alfabetização sanitária determinam a menor capacidade de as pessoas co-participarem da atenção à saúde, de reconhecerem e registrarem os sinais e sintomas de uma condição de saúde, de se autocuidarem, de utilizarem práticas preventivas e de compreenderem e aderirem aos tratamentos prescritos. (MENDES, 2009) Para enfrentar o problema, têm sido utilizadas várias estratégias, como cursos, iniciativas com base comunitária e a revisão das informações para grupos com necessidades especiais, utilização da *internet* como fonte de informação.

Por sua vez, o autocuidado apoiado representa uma mudança fundamental na atenção de saúde, essencial para se garantir o contínuo de atenção. A evidência que ampara a importância de tal manejo é a constatação de que o tempo de cuidado profissional em um paciente com condição crônica é ínfima em relação ao tempo que o portador convive com tal condição. (HAM, 2007; COLINTHOMÉ, 2008)

As evidências apontam que 70% a 80% dos portadores de condições crônicas podem ter sua atenção à saúde centrada no autocuidado apoiado. Tal manejo se fundamenta no princípio de que as pessoas portadoras de condições crônicas conhecem tanto quanto, ou mais, de sua condição e de suas necessidades de atenção, que os profissionais de saúde. (MENDES, 2009)



O autocuidado apoiado configura-se como a prestação sistemática de serviços educacionais e de intervenções de apoio para aumentar a confiança e as habilidades das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde em gerenciar seus problemas. (INSTITUTE OF MEDICINE, 2003; MENDES, 2009)

Objetiva, portanto, gerar conhecimentos e habilidades para que os portadores conheçam seus problemas, e, assim, possam decidir e escolher tratamentos, adotar, mudar e manter comportamentos que contribuam para a saúde, entre outros benefícios. (MORRISON, 2007; MENDES, 2009)

Contudo, existem limites à participação da sociedade brasileira nas ações e serviços de saúde, os quais estão refletidos no baixo acúmulo do capital social brasileiro. A seção a seguir explica brevemente o que é capital social, bem como apresenta o retrato da sociedade brasileira no que tange a esse aspecto e argumenta sobre a eficácia do Modelo de Atenção às Condições Crônicas diante de tal desafio.



3 O CAPITAL SOCIAL E O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Algumas sociedades tem forte poder de influência nas políticas públicas e nos serviços prestados pelo Estado, ao passo que outras encontram-se altamente passivas quanto às escolhas do governo e funcionários públicos.

Hoje tem-se claro que sociedades com elevado capital social são as que fazem as escolhas a serem empreendidas pela máquina pública. Esta não é a realidade brasileira. Segundo Almeida (2007), as relações de confiança entre os brasileiros são débeis, demonstrando uma baixa acumulação de capital social.

Sabe-se que as redes sociais e comunitárias são fundamentais para o incremento do capital social e da coesão social. A definição de capital social perpassa pelo conjunto de atributos presentes numa sociedade que favorecem a confiança, a reciprocidade a ação social com relação a normas compartilhadas. (PUTNAM et al., 1994)

Muito mais que a ausência de conflitos e a presença de fortes laços sociais, o capital social é um fator relevante para se alcançar a coesão social, conceito que também incluem a confiança e as normas de reciprocidade. (HOPENHAYN, 2006)

O capital social está fortemente relacionado ao desenvolvimento econômico, educação, violência, mobilidade de emprego e governabilidade. (COLEMAN, 1988; SAMPSON et al., 1997; BARQUERO, 2003) o que também é observado entre capital social e saúde. (MLADOVSKY & MOSSIALOS, 2006; SAPAG & KAWACHI, 2007; SCOTT & HOFMEYER, 2007) Ao passo que também se sugere que os sistemas públicos de atenção universal à saúde contribuem para a acumulação de capital social. (FIGUERAS et al, 2008; NORWEGIAN DIRECTORATE OF HEALTH, 2008)

O que indica as dificuldades encontradas na implantação de quaisquer políticas públicas que preconizem a participação da comunidade, diante da realidade brasileira em que observam ainda uma distribuição de renda injusta, uma taxa de analfabetismo ainda significativa, principalmente na população de menor renda, taxa de escolaridade baixa na população também na população de menor renda, apesar



de tais indicadores terem melhorado significativamente nos últimos 20 anos. A cobertura de serviços de água e esgoto, apesar de ter aumentado, representa um agravante, principalmente nas regiões mais pobres. Outros óbices à formação de redes sociais no Brasil são o déficit habitacional, o trabalho informal, os baixos salários, o trabalho infantil.

Diante desse cenário, para fazer com o engajamento social ocorra, deve-se dispensar grandes esforços e estes devem ser intersetoriais, pois uma política setorial de saúde, por exemplo, não é capaz de combater, por exemplo, a baixa taxa de escolaridade da população.

Tendo em vista, as necessidades de mudança em relação à gestão colaborativa e ao autocuidado apoiado apontados pelo MACC, vê-se, portanto, a aplicabilidade do modelo, uma vez que a solução para enfrentar o baixo acúmulo de capital social da sociedade brasileira.

O tópico seguinte apresentará duas das estratégias da Secretaria de Estado de Minas Gerais, fundamentadas nos pilares do MACC, quais sejam a Rede Minas Saúde e a Rede de Defesa da Vida.



4 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM MINAS GERAIS: O MINAS SAÚDE E OS COMITÊS EM DEFESA DA VIDA

As intervenções de promoção e prevenção de condições de saúde representam, como fora visto, dentro do modelo MACC, em implantação pela SES/MG, importante mecanismo de fazer com a população participe da atenção a saúde. Avanços nessa direção são representados em Minas pelo Canal Minas Saúde e pelos Comitês em defesa da vida.

No que tange ao Minas Saúde, este apresenta também importante potencialidade nas ações preventivas e de promoção de condições de saúde, uma vez que constitui-se uma rede estratégica multimídia (Canal Minas Saúde de televisão, rádio e *internet*) para o desenvolvimento do programa de educação à distância da SES/MG. Nesse sentido, atualmente constitui-se instrumento fundamental na educação permanente, possibilitando a democratização do conhecimento, de maneira que os profissionais de saúde por todo o Estado tenham acesso.

O Canal Minas Saúde, hoje, conta com mais de 3.600 pontos de recepção do sinal, como as Unidades Básicas de Saúde, as secretarias municipais de saúde, as unidades hospitalares da FHEMIG, as unidades do HEMOMINAS, a Fundação Ezequiel Dias, a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, a Associação Médica e Minas Gerais, a Faculdade de Medicina da UFMG, a Rede Minas de Televisão, o Conselho Estadual de Saúde, o Colegiado de Secretários de Saúde e o Colegiado de Secretariados Executivos dos Consórcios de Saúde.

Destaca-se como importante fonte de educação em saúde, o projeto para 2010 destinados aos usuários das Unidades Básicas de Saúde, entre eles, os programas Sala de Espera, Mitos e Verdades, Alerta, Boa Prática.

Para o “Sala de Espera”, ter-se-á uma série de programas com temática voltada para a promoção da saúde. Com 12 minutos de duração cada programa, a proposta é que eles sejam exibidos no período da manhã de tal forma a instruir e distrair a população que freqüenta as unidades básicas de saúde.

Por sua vez, o “Mitos e Verdades” constituir-se-ão de filmetes de 3 minutos produzidos para desvendar certas dúvidas da população em relação aos cuidados que se deve ter com a saúde.



Quanto ao “Alerta”, este apresentará filmetes de 1 minuto convocando a população para ações de prevenção de doenças, sempre em sintonia com o calendário da SES-MG. Serão produzidos por ocasião de eventos como vacinação, iminência de doenças de largo espectro como dengue e gripe, dentre outros.

O “Boa Prática” apresentará filmetes de 2 minutos apresentando ao telespectador exemplo de práticas que promovam a melhoria da qualidade de vida e o bem-estar de um ou mais indivíduos.

Em 2010, a rede Minas Saúde ainda desenvolverá programações para a população em geral, sejam em emissoras de televisão e de rádio, ou alertas em carros de som.

Por meio das emissoras de televisão do interior, podem ser desenvolvidas: matérias de serviço e institucional, as quais se constituem de filmetes de até 3 minutos com conteúdo educativo e de interesse social.

Por sua vez, para as emissoras de rádio do interior, podem ser desenvolvidas, além de matérias de Serviço e Institucional, o “Momento Saúde”, as radionovelas, o “Em dia com a saúde”, o “Fala Doutor”,

As matérias de serviço e institucional tratam de dar continuidade à atual produção de material sonoro, de caráter educativo e de interesse social, destinado às emissoras de rádio do interior. A distribuição tem sido feita através dos portais da Secretaria, Agência Minas, AMIRT e canal Minas Saúde (portalminassaude.com.br).

O “Momento Saúde” é um programa semanal com 10 minutos de duração que deverá, sempre que possível, seguir o calendário da saúde. Com um apresentador e um ou dois especialistas, o programa tem por objetivo esclarecer dúvidas acerca de um determinado tema da saúde, com ênfase na prevenção.

As radionovelas são peças de dramaturgia dividida em capítulos com cerca de 90 segundos de duração. Voltadas para a promoção da saúde, o material será produzido a partir de textos escritos pelo grupo de teatro “Saúde em Cena” da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

O “Em Dia com a Saúde” são pílulas educativas com 60 segundos de duração tratando de cuidados com a saúde, alertas de vacinação, campanhas e assuntos de interesse da população.



O “Fala Doutor” são peças de 60 segundos produzidos a partir de perguntas da população, colhidas pelo repórter de rádio do Canal Minas Saúde durante as saídas de produção, e respondidas pelos especialistas da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e participantes dos programas do Canal Minas Saúde.

Quanto aos alertas para carro de som, estes representam peças sonoras voltadas para a mobilização social em prol da saúde. A partir da iniciativa da prefeitura ou da rede de mobilização local, são destinadas a veiculação em carros de som, meio de divulgação muito utilizado no interior do estado.

Assim, a Rede Minas Saúde, tendo início em ações de educação dos profissionais de saúde, passa a contribuir de maneira transversal com as ações de educação da população mineira, possibilitando a democratização da informação, a geração de conhecimentos e habilidades capazes de tornar os usuários do SUS agentes de saúde, e representando importantes intervenções de promoção e prevenção das condições de saúde. O que contribui fortemente para a implantação do MACC no estado de Minas Gerais.

Outra linha de atuação de suma importância da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais é a mobilização da população, típica intervenção de promoção à saúde. Tal linha encontra-se no desenho do Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna em Minas Gerais – Viva Vida, lançado em outubro de 2003.

O Viva Vida apresenta três estratégias, quais sejam: a estruturação da rede assistencial para a mulher e para a criança, a mobilização social e a qualificação da rede assistencial.

A estratégia de mobilização do Viva Vida “busca a participação da população mineira no projeto, por meio de representantes de organizações governamentais, não governamentais, e mesmo individualmente”. (MINAS GERAIS, 2007)

Para a execução dessa estratégia, a primeira iniciativa foi a criação do Comitê Estadual de Defesa da Vida, em fevereiro de 2004. O qual é composto por 27 instituições públicas e da sociedade civil e representa um “espaço para informações, discussões de propostas e apresentação de projetos, onde são identificadas as contribuições de cada instituição para a redução da mortalidade infantil e materna no Estado”. (MINAS GERAIS, 2007, p. 16)



O Comitê Estadual de Defesa da Vida deve criar condições para a implantação dos Comitês Municipais de Defesa da Vida, formados por instituições públicas e da sociedade civil de abrangência municipal. Esses comitês municipais são um instrumento essencial da mobilização social do Programa Viva Vida, significando, portanto, que os membros dos comitês estadual e municipais são os responsáveis pelo processo de mobilização social do Viva Vida, formando a Rede de Defesa da Vida. Para tanto,

os atores desta Rede deverão compartilhar a responsabilidade de conhecer os fatores que têm influência sobre a mortalidade infantil e materna em sua área de abrangência, para que seja possível compreender o problema e agir em defesa de sua redução. (MINAS GERAIS, 2007, p. 17)

Espera com essa estratégia, a vinculação crescente dos atores à Rede de Defesa da Vida,

na qual cada participante, ciente de que sua ação beneficia a todos e a si mesmo, estará contribuindo para a consolidação do Programa Viva Vida e a apropriação de suas ações pela população. (MINAS GERAIS, 2007, p. 17)

Nesse sentido, a mobilização social pretendida é muito mais que grande reunião de pessoas em praças públicas, passeatas, protestos. Objetiva-se com tal esforço

a reunião de sujeitos que definem objetivos e compartilham sentimentos, conhecimentos e responsabilidades para a transformação de uma dada realidade, movidos por um acordo em relação a determinada causa de interesse público. (HENRIQUES, 2004)

Pautada pelo conceito de mobilização social de Toro & Werneck (2004), a estratégia da Rede de defesa da vida preconiza que

A mobilização ocorre quando um grupo de pessoas, uma comunidade, uma sociedade decide e age com um objetivo comum, buscando, cotidianamente, os resultados desejados por todos. Mobilizar é convocar vontades para atuar na busca de um propósito comum, sob uma interpretação e um sentido também compartilhados. (...) A mobilização não se confunde com propaganda ou divulgação, mas exige ações de comunicação no seu sentido amplo, enquanto processo de compartilhamento de discurso, visões e informações. (TORO & WERNWCK, 2004)

Assim, a ação se delineia como contínua, a perpassar pelo cotidiano e representam ações de comunicação em sentido mais amplo, pois possuem caráter educativo e permitem a troca de repertórios entre as pessoas. Nesse sentido, “todo o planejamento da mobilização é perpassado por atos comunicativos, que serão os responsáveis por fortalecer os laços entre as pessoas que lutam por uma causa mobilizadora”. (MINAS GERAIS, 2007)



É necessário, para tanto, criar vínculos coletivos, por meio do uso estratégico dos instrumentos da comunicação, quais sejam: a troca constante de informação a respeito do projeto, sem que seja necessário uma ligação formalizada para que cada um tome atitudes e realize ações. É preciso, para tanto, planejar e estabelecer trocas, manter contatos e reunir as pessoas, para que o vínculo entre elas e o projeto mobilizador se mantenha e se fortaleça (MINAS GERAIS, 2007)

Dentre o continuum de possíveis níveis de vinculação dos diversos atores com a mobilização social, o vínculo que a Rede de defesa da vida pretende construir é o de co-responsabilidade, pois nele “a pessoa julga a causa importante, toma decisões e age para solução do problema, com a consciência de que outras pessoas também estão agindo e que, esse conjunto de ações, irá trazer a solução da questão ao longo do tempo”. (MINAS GERAIS, 2007)

Representa assim, uma estratégia robusta de mobilização social, a fim de tornar a população mais do que membro de equipe de saúde, formuladora de políticas de saúde, pois o resultado do trabalho da mesma será a identificação das causas da mortalidade materna e infantil local, o que retroalimentará o desenho da respectiva política.



5 CONCLUSÕES

Embora as ações e serviços de saúde preconizem a mudança da atitude dos usuários de “pacientes” para membros das equipes de saúde, essa condição encontra obstáculo nas redes sociais e comunitárias da sociedade brasileira.

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas de Mendes (2007) representa uma tentativa de abarcar tal realidade, ao elucidar as mudanças de atitudes que a atenção à saúde deve ter para ser capaz implantar com sucesso o proposto modelo.

Logo, se por um lado a administração pública enfrenta um grande desafio para implantar políticas que envolvam a comunidade, por outro, tem-se claro o caminho a ser perseguido para alcançá-lo: investir em ações de promoção e prevenção de condições de saúde e qualificar o cidadão para que mesmo exerça o autocuidado apoiado. O que permite gerar conhecimento e habilidades que tornem o cidadão agente de atenção à saúde.

Minas Gerais é, portanto, modelo de inovação na atenção à saúde, pois adota um modelo de atenção integral à saúde, que preconiza em seu cerne a maneira de construir uma gestão participativa dos serviços de saúde, seja pela Rede Minas Saúde, seja pela Rede de Defesa da Vida. O que é feito a fim de qualificar as interações produtivas entre equipes de saúde proativas e pessoas usuárias ativas e informadas, melhorando os resultados sanitários concernentes à população mineira. E, assim, fazendo com que a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais alcance sua visão: ser instituição modelo em inovação da gestão da saúde pública no Brasil, contribuindo para que Minas Gerais seja o Estado onde se viva mais e melhor.



6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Antônio Carlos. **Cabeça dos brasileiros**. Rio de Janeiro: Record, 2007.

BARQUERO, M. Construindo uma outra sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. **Revista Sociologia Política**, 21, pp. 83-108. 2003.

COLEMAN, J. S. **Social capital in the creation of human capital**. Am. J. Sociol, a20, pp. 94-95. 1988.

COLIN-THOME, D. **Princípio da integralidade**. São Paulo. Seminário Internacional 20 anos do SUS. 2008.

DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stocolm: Institute for Future Studies, 1991.

FIGUERAS, J. et al. **Health systems, health and wealth**: assessing the case for investing in health systems. Copenhagen. European Observatory on Health Systems and Policies. 2008.

HAM, C. **Evaluations and impact of disease management programmes**. Bonn. Conference of Bonn, 2007.

HENRIQUES, Márcio S. (org). **Comunicação e estratégias de mobilização social**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

HOPENHAYN, M. Cohesión social: una perspectiva en proceso de elaboración. Ciudad de Panama. **Seminario Internacional Cohesión Social en America Latina y Caribe**. CEPAL, 2006.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Priority áreas for nacional action**: transforming health care quality. Washington: The Nacional Academies Press, 2003.
MENDES, Eugênio Vilaça. **Redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Manual de mobilização social** – Viva Vida.



MLADOVSKI, P; MOSSIALOS, E. **Conceptual framework for community-based health insurance in low-income countries**: social capital and economic development. London: London School of Economics and Political Science, 2006.

MORRISON, S. **Self management support**: helping clients set goals to improve their health. Nashville, National Health Care for the Homeless Council, 2007.

NORWEGIAN DIRECTORATE OF HEALTH. **Health creates welfare**: the role of the health system in Norwegian Society. Oslo: Directory of Health, 2008.

PUTNAM, R. D. **Making democracy work**: civic traditions in modern Italy. Princeton: Princeton University Press, 1994.

SAMPSON, R, J. et al. **Neighborhoods and violent crime**: a multilevel study of collective efficacy. Science, 277, pp. 918-924. 1997.

SAPAG, J. C; KAWACHI, I. Capital social y promoción de la salud en America Latina. **Revista Saúde Pública**, 41, pp. 139-149. 2007.

SCOTT, C; HOFMEYER, A. **Networks and social capital**: a relational approach to primary care reform. Health Research Policy and Systems, 5:9. 2007.

TORO, José Bernardo; WERNECK, Nísia Maria. **Mobilização social**: um modo de construir a democracia e a participação. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.



AUTORIA

Ariane Marques Leite – Graduada em Administração Pública pela Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro. Atua, desde 2009, como Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Endereço eletrônico: ariane.marques@saude.mg.gov.br

Bruna de Castro Salviano Nicolato – Graduada em Administração Pública pela Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro. Atualmente cursa Direito na Universidade Federal de Minas Gerais e o Curso de Especialização em Gestão Hospitalar pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Atua, desde 2009, como Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Endereço eletrônico: bruna.castro@saude.mg.gov.br

