

Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde

Empowerment and participatory evaluation: lessons from a territorial health promotion program

Daniel Becker ¹
Kátia Edmundo ²
Nilza Rogéria Nunes ²
Daniella Bonatto ³
Rosane de Souza ³

Abstract *This article discusses the concept of empowerment in health promotion, and the importance of evaluation in this context. It does so through the analysis of a territorial intervention, the Vila Paciência Initiative, implemented in the Western region of Rio de Janeiro. After a brief review of the literature about empowerment and its implementation and evaluation in the context of health promotion, we describe the multiple strategies utilized to promote community involvement in the construction of a Local Development / Health Promotion program. We emphasize the evaluation process, which is structured in three complementary levels: the Community Diagnosis, its results and implications; the study of interventions developed by the community residents, capacitated with a participative methodology for planning and development of local action (Problem Solving for Better Health); and the systematization of stories and depositions of participants about their experiences on the program. The limitations, challenges and perspectives of this process are discussed, with the intention of contributing to a better understanding of the importance of evaluation in the personal strengthening of stakeholders, and their collective trajectory towards community empowerment.*

Key words *Health Promotion, Local development, Evaluation, Empowerment, Participatory techniques*

Resumo *Este artigo discute o conceito de empowerment em Promoção da Saúde e a importância dos processos de avaliação neste contexto, através da análise de uma intervenção territorial – a Iniciativa de Vila Paciência, realizada na Zona Oeste do Rio de Janeiro. Partindo de uma breve revisão da literatura sobre empowerment e das propostas mais recentes para sua operacionalização e avaliação, descrevem-se as múltiplas estratégias utilizadas para promover a participação da comunidade na construção de um programa de Desenvolvimento Local e Promoção da Saúde. Enfatiza-se o processo avaliativo, estruturado em três níveis complementares: o Diagnóstico Comunitário, seus resultados e implicações; o estudo das intervenções realizadas pelos próprios moradores, capacitados por uma metodologia participativa de planejamento e solução de problemas (Problem Solving for Better Health); e a sistematização de depoimentos e relatos dos participantes sobre as experiências vivenciadas no programa. São discutidos os desafios, limites e perspectivas deste processo, buscando-se contribuir para a melhor compreensão da importância da avaliação para o desenvolvimento pessoal dos moradores e para a mobilização coletiva da comunidade em direção ao empowerment.*

Palavras-chave *Promoção da Saúde, Desenvolvimento local, Avaliação, Empowerment, Metodologias participativas*

¹ Centro de Promoção da Saúde (Cedaps); Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/UFRJ e Centro de Promoção da Saúde. Rua do Ouvidor 86, 5º andar, Centro, 20040-030, Rio de Janeiro RJ. beckercedaps@alternex.com.br ou danielb@cedaps.org.br
² Programa Eicos, Instituto de Psicologia/UFRJ; Centro de Promoção da Saúde.
³ Coordenação Técnica do Centro de Promoção da Saúde.

Introdução

A Iniciativa de Vila Paciência é uma proposta de ação social em curso no Rio de Janeiro, em um contexto de grande vulnerabilidade social, e que se inscreve no campo do Desenvolvimento Local Integrado Sustentável com foco na Promoção da Saúde (DLIS/PS). Trata-se de uma experiência em que o *empowerment* pessoal e coletivo constitui objetivo central. Este artigo visa apresentar a metodologia desenvolvida e aplicada a uma experiência prática de DLIS/PS, bem como discutir, a partir de marcos metodológicos propostos na literatura, aspectos importantes do programa e da sua avaliação como uma forma de reforçar a participação e a capacitação da comunidade.

Programas de Promoção da Saúde com base na intervenção territorial, também denominados de programas de Desenvolvimento Local Integrado Sustentável e Promoção da Saúde (Bodstein & Zancan, 2002) ou Comunidades Saudáveis, representam a resposta do campo da Saúde Pública a uma tendência universal de buscar a integração dos diversos setores do conhecimento e da intervenção social, e aplicá-los a territórios específicos, no nível local, onde se dá o potencial máximo de interação entre governo, cidadãos e sociedade civil (Becker, 2003). Exemplos característicos são programas como a Agenda 21 e o Habitat (Buss & Ferreira, 1998), e o movimento internacional Cidades Saudáveis (Tsouros, 1995; Ouellet et al., 1994; Westphal, 2000). Seus pressupostos se baseiam no deslocamento da intervenção social em direção aos determinantes sociais, econômicos, políticos e comportamentais da saúde (Buss & Ferreira, 2002), envolvendo uma ação integrada e articulada de todos os setores da vida pública, com tônica na participação da sociedade civil e na estruturação de novas formas de governança baseadas na ação intersectorial (Westphal, 2000).

O DLIS/PS é, portanto, um processo essencialmente participativo e que se propõe a enfrentar as questões sociais num território determinado, pela construção de parcerias entre os diversos atores. Metodologias participativas são essenciais neste contexto, contemplando tanto a capacitação pessoal e coletiva, quanto a formação de consensos e tomada de decisões, que devem ser compartilhados com todos os participantes do projeto social que se deseja fomentar (Rifkin, 2003). Outro aspecto metodológico importante é a formulação de planos lo-

cais de ação, que favoreçam o envolvimento dos sujeitos como proponentes e protagonistas da ação social a ser implementada em seus territórios (Becker et al., 2003). A perspectiva territorial potencializa o morador e o torna agente de sua própria mudança a partir dos recursos de que dispõe, geridos por fóruns comunitários de modo participativo e democrático (Santos & Martins, 2002).

O *empowerment*, dimensão fundamental de programas de DLIS/PS, é considerado pelo movimento de promoção da saúde um de seus conceitos fundamentais (Akerman et al., 2002), estando presente na própria definição de Promoção da Saúde em seu documento fundador, a Carta de Ottawa (WHO, 1986). Sua operacionalização tem sido objeto de inúmeras discussões no campo da promoção da saúde e das ciências sociais em geral (Jewkes, 2000). Nos últimos anos, tem sido eclipsado pelo surgimento de outros conceitos, como o de capacitação comunitária, coesão social e, em especial, o de capital social (Laverack & Wallerstein, 2001; Kemenade, 2002). No entanto, mesmo que estes sejam cada vez mais aceitos como importantes na discussão dos fatores sociais que influenciam a saúde e a qualidade de vida, tais como a iniquidade e a pobreza (Buss, 2000; Wilkinson & Marmot, 2003), muitas vezes, ao contrário do conceito de *empowerment*, deixam de abordar a questão das relações de poder como determinante fundamental da saúde (Laverack & Wallerstein, 2001).

Os programas territoriais voltados para o *empowerment* comunitário encontram-se hoje na intercessão de dois importantes campos da saúde pública: a equidade em saúde e a promoção da saúde (Rifkin, 2003). Ambos os campos, influenciados pelo trabalho de Amartya Sen (Faerstein, 2000; Westphal, 2000), percebem o tema do *empowerment* como fundamental tanto para a redução da iniquidade como para promover a saúde e a qualidade de vida. No entanto, ainda são poucos os estudos que se debruçam sobre seu impacto.

Nos trabalhos de Sen, a questão do *empowerment* relaciona-se com as oportunidades reais que as pessoas têm a seu favor, com a pobreza estreitamente ligada à falta de acesso a oportunidades para participação e crescimento individual. Para Laverack e Labonte (2000), o *empowerment* pode ser definido como o meio pelo qual as pessoas adquirem maior controle sobre as decisões que afetam suas vidas; ou como mudanças em direção a uma maior igualdade

nas relações sociais de poder (por exemplo, nas relações com quem detém recursos, legitimidade, autoridade e/ou influência). Para Laverack e Labonte, esta mudança estrutural seria não só uma preocupação prioritária como também consequência natural de programas efetivos de promoção da saúde.

Programas que trabalham na perspectiva do *empowerment* comunitário são considerados pela literatura como utilizando uma abordagem *bottom-up* – de baixo para cima – em contraposição a programas verticais, *top-down* – de cima para baixo –, que são propostos a partir de uma perspectiva institucional, focalizados em questões ligadas à prevenção de doenças e a mudanças de comportamento, e na qual o *empowerment* é visto apenas como instrumental (Laverack e Labonte, 2000). Os programas *bottom-up* são iniciados a partir da visão e da percepção da comunidade, e consideram um aumento na sua capacidade e poder como importantes resultados para a melhoria da saúde. Esta polaridade tende a se extinguir na medida em que cada vez mais surgem evidências da importância do *empowerment* comunitário e individual (e de suas dimensões, tais como auto-estima, auto-eficácia, legitimidade política, coesão social, pertencimento e redes de apoio) para a promoção da saúde (Wallerstein, 1992; Wilkinson & Marmot, 2003).

Nos termos de Vasconcelos (2004), *empowerment* significa o aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social. Ainda segundo o autor, trata-se de um termo multifacetado, que contou com a contribuição essencial de Paulo Freire para sua formulação original. Um dos aspectos fundamentais do *empowerment* diz respeito às possibilidades de que a ação local fomente a formação de alianças políticas capazes de ampliar o debate da opressão no sentido de contextualizá-la e favorecer a sua compreensão como fenômeno histórico, estrutural e político. O trabalho comunitário, que busca o *empowerment*, contribui para o surgimento de um tecido social fortalecido pelas interações que promove, evidenciadas pelo caráter dialético e contraditório presente em todas as relações sociais e essencialmente confere “poder” ao sujeito social envolvido.

Laverack e Wallerstein (2001) reconhecem as dificuldades inerentes a programas de *empowerment* comunitário: prover suficiente clareza

a este complexo conceito, para então buscar superar o desafio de torná-lo operacional. A estas se junta uma terceira, a dificuldade de avaliar tais programas (Jewkes, 2000; Symes, 2004). Esta se relaciona com a própria complexidade das intervenções, caracterizadas pela multiplicidade de iniciativas, propostas, projetos e atores (Bodstein & Zancan, 2002), que exigem uma combinação de metodologias; com o longo prazo que demandam para a observação de resultados visíveis; com os problemas para a obtenção de dados em populações relativamente pequenas; e outras que abordaremos mais adiante. Wallerstein (1992) enfatiza que, idealmente, o *empowerment* deve ser avaliado em todas as suas dimensões: no nível individual e no coletivo, tanto em seu processo como em seus resultados.

Neste artigo partimos da concepção da avaliação como um *processo* de coleta sistemática de informações sobre uma prática social, na intenção de promover uma melhor compreensão de seu desenvolvimento, medir seus resultados e contribuir para a tomada de decisões estratégicas para o alcance de seus objetivos. Durante muito tempo considerou-se que a avaliação poderia ser feita apenas por agentes externos ao processo e, portanto, não envolvidos diretamente com sua execução. A noção de uma avaliação implementada em parceria com aqueles que realizam a ação aparece mais recentemente na literatura das ciências sociais e em especial da promoção da saúde (Akerman *et al.*, 2002). Preceitos como o envolvimento de todos os participantes do projeto desde a sua concepção, respeito ao saber local e capacidade da informação gerar novas aprendizagens e, ainda, a idéia de que a tarefa avaliativa não deve se sobrepor ao processo de intervenção, e sim ser parte inerente a este, são cada vez mais consensuais na literatura de promoção da saúde. A ênfase é dada na necessidade de avaliações de caráter participativo e que gerem, pelo seu próprio processo, uma maior capacitação da comunidade (Akerman *et al.*, 2002; Wallerstein, 1992; Laverack & Labonte, 2000; Hills, 2002; Judd *et al.*, 2001; Rifkin, 2003; Symes, 2004).

A experiência da Iniciativa de Vila Paciência caminha nesta direção: um processo participativo onde a avaliação se integra no próprio tecido da intervenção. Neste trabalho estaremos focalizando o debate no processo de avaliação proposto, utilizando alguns resultados obtidos para ilustrar aspectos mais importantes de sua metodologia.

A Iniciativa de Vila Paciência

A Iniciativa de Vila Paciência (IVP) é um programa de Desenvolvimento Local com foco na Promoção da Saúde desenvolvido por uma organização da sociedade civil, o Centro de Promoção da Saúde (Cedaps, 2004). O processo iniciou-se em 1999, quando a Coordenação de Área Programática 5.3, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, situada na Zona Oeste (Santa Cruz, Paciência e Sepetiba), decidiu realizar uma ação social na região nos moldes preconizados pelo programa Cidades Saudáveis. Para tal, procurou o Cedaps, que também buscava desenvolver uma intervenção territorial em Promoção da Saúde, utilizando metodologias participativas de um programa internacional (ativo em 28 países) do qual faz parte, o Problem Solving for Better Health (PSBH), implementado desde 1989 pela Dreyfus Health Foundation, organização ligada ao Instituto Rogosin, da Universidade de Cornell, de Nova York nos Estados Unidos (www.dhfglobal.org).

O PSBH, chamado no Brasil de Construção Compartilhada de Soluções em Saúde, pode ser definido como uma ferramenta de capacitação de profissionais e lideranças comunitárias para o enfrentamento de suas dificuldades e obstáculos. Em essência, pode-se dizer que o PSBH é uma “incubadora de projetos”. Caracteriza-se por permitir que os participantes aprendam a priorizar e analisar os problemas e recursos de suas comunidades ou organizações, elaborando projetos de intervenção que solucionem ou contribuam para resolver estes problemas. O programa estimula a participação, a melhor utilização de recursos disponíveis nas comunidades e organizações e a inclusão de novos atores no cenário social, equipados com uma ferramenta de intervenção.

O processo de Construção Compartilhada procura fortalecer as habilidades pessoais para a descoberta e desenvolvimento de alternativas, através das quais o participante poderá contribuir para o enfrentamento de um problema coletivo, a partir de uma intervenção individual ou de pequenos grupos. Os projetos são elaborados ao longo de dois a três dias de trabalho, em regime de imersão. Neste momento, o participante é incentivado a trabalhar com outros participantes e facilitadores, a construir soluções em conjunto, compartilhando suas idéias e experiências.

O resultado do programa são projetos de intervenção de cunho prático, gerando solu-

ções para problemas identificados pelos participantes: ações concretas que geram impacto positivo na vida das comunidades. Estes projetos são então acompanhados por uma equipe de facilitadores, recebendo apoio técnico e auxílio para seu desenvolvimento, sistematização e avaliação. O processo de acompanhamento é facilitado por um banco de dados informatizado e inclui atividades como visitas, reuniões, eventos e encontros, capacitações temáticas, articulação de parcerias e divulgação. Seu objetivo é auxiliar os participantes a atingirem os objetivos a que se propuseram na fase de planejamento e desta forma gerar os benefícios previstos para a comunidade em questão.

Em setembro de 2000, portanto, tinha início a Iniciativa de Santa Cruz, um programa que visava mobilizar o território para o Desenvolvimento Local com base na promoção da saúde. O eixo metodológico era o programa PSBH, ao qual foram agregados oito meses de um trabalho focalizado no diagnóstico local e na capacitação contínua de um grupo de lideranças representativas da região. O evento de inauguração congregou mais de 30 entidades representantes do governo, do setor empresarial e da sociedade civil. Nesse momento lançavam-se as bases para criação de um fórum participativo de Desenvolvimento Local para a região, que tomou o nome de Grupo Gestor da Iniciativa de Santa Cruz (GG/ISC) – uma instância participativa que visava determinar e operacionalizar a agenda política gerada pelo programa de desenvolvimento, a partir de uma perspectiva de ação intersetorial.

Apesar da conjuntura política desfavorável, a Iniciativa de Santa Cruz foi capaz de gerar um processo participativo, e fortaleceu as bases para a criação de uma rede de lideranças que se consolidou na comunidade local como uma instância de interlocução atuante.

Em dezembro de 2001, o GG-ISC (já institucionalizado) e o Cedaps decidem focalizar os esforços de sua ação, antes difusos por toda a região, em uma só comunidade para alcançar resultados mais sustentáveis e mensuráveis. O local selecionado foi a Favela do Aço, rebatizada pouco antes – para fins de redução do estigma relacionado ao nome – de Vila Paciência.

Baseando-se na perspectiva de Milton Santos, Koga (2003) afirma o caráter essencialmente relacional do conceito de território. Este só se torna uma categoria de análise social quando o consideramos a partir do seu uso e quando o pensamos juntamente com aqueles

atores que dele se utilizam. Incluir a vertente territorial no desenho da política pública pode significar uma alteração no modo de gestão da própria política – traz novos elementos para o debate da ética e da cidadania nas políticas públicas e de enfrentamento da exclusão social. Implica considerar a dimensão cultural das populações, suas particularidades locais, os lugares onde vivem, os seus anseios e não somente suas necessidades, identificadas via de regra pela ótica da carência. Nesta perspectiva, a Iniciativa de Santa Cruz aproxima-se de um território melhor delimitado geograficamente e reconfigura sua ação, denominando-se Iniciativa de Vila Paciência.

A comunidade

Conhecida também como Favela do Aço, a comunidade de Vila Paciência inscreve-se entre os mais expressivos bolsões de pobreza da cidade do Rio de Janeiro. Ali vivem cerca de 8.000 pessoas em condições de extrema exclusão social. A ocupação da comunidade foi iniciada na década de 1960 para receber populações provenientes de sucessivas remoções de favelas, destacando-se as que ocupavam as áreas de entorno da ponte Rio-Niterói. Essas habitações tinham inicialmente o caráter de “provisórias”. Porém, permanecem até hoje, 40 anos depois, como residência de moradores, que vivem em péssimas condições de habitabilidade, em meio ao lixo, a vetores como ratos e insetos, saneamento precário, serviços públicos escassos e insuficientes, sem opções de lazer ou recreação, e altíssimos níveis de pobreza e desemprego. O acesso a serviços de saúde é difícil e até mesmo arriscado devido às rivalidades de quadrilhas criminosas locais. Mesmo com a mudança do nome para Vila Paciência, o estigma associado ao fato de residir no local é percebido como um dos principais problemas pelos moradores. Com um IDH de 0,558 (PNUD / Ipea, 2001), o mais baixo da cidade, os moradores de Vila Paciência vivem em meio à exclusão social, à violência e ao desemprego: a antítese do que se poderia definir como qualidade de vida (Minayo *et al.*, 2000).

Como em outras comunidades do Rio de Janeiro, com o distanciamento da “ordem” representada pelo Estado, os moradores foram buscando estratégias de sobrevivência, cada vez mais construindo suas próprias regras de convivência e organização. Com o crescimento do tráfico de drogas como instância de poder no

interior das favelas cariocas, assim também se constituiu a Favela do Aço. Sua marca se faz presente no cenário das comunidades faveladas na região de Santa Cruz: o tráfico do “aço” passa a ser temido por todos, reforçando mais uma vez o estigma vivido pela comunidade.

A carência de equipamentos sociais e o longo deslocamento exigido para o morador de Vila Paciência chegar ao centro produtor e consumidor da cidade acirra as dificuldades de emprego para esta população. A escola municipal, localizada na entrada da comunidade, é praticamente seu único equipamento governamental, e supre as necessidades de uma população superior a 2.000 alunos. Realiza sua função precípua de educação para crianças, adolescentes e adultos, mas também atende à comunidade em diferentes necessidades: alimentação para famílias, documentação, orientação sobre direitos civis e suporte social. Ergue-se no cenário local como “ponte” entre o isolamento social historicamente vivenciado pela comunidade e os direitos de cidadania vigentes, impondo no entanto uma relação de poder sobre seus moradores. A marca das relações sociais predominantes em Vila Paciência é, portanto, de *provisamento e regulação* da organização local. O Estado e o crime organizado tornam-se as fontes de regras sociais impostas, que norteiam a vida comunitária. Institui-se deste modo um poder fundamentado na vulnerabilidade individual e coletiva de seus moradores.

Em síntese, a organização comunitária é frágil, não garante voz aos moradores que representa, e encontra-se em permanente tensão entre os anseios da comunidade e os interesses dos que regulam e oprimem a vida comunitária.

Alguns questionamentos marcaram o início da elaboração deste programa. Os limites de uma ação não-governamental que não dispunha de obras físicas a serem realizadas, de equipamentos sociais a serem implantados ou de políticas nacionais a serem implementadas poderiam representar um obstáculo no processo de sensibilização e mobilização da população local para sua adesão ao programa. Poderiam, no entanto, representar uma vantagem na medida em que representaram para a comunidade um convite à participação e a criatividade local na busca das soluções para seus problemas. O diálogo foi o caminho priorizado. O envolvimento da comunidade na resolução de problemas e na definição da agenda de desenvolvimento foi desde o início a principal preocupação do programa.

Mobilização do território e planejamento participativo

Em fevereiro de 2002, o Cedaps fomentou a constituição de um grupo de Agentes de Desenvolvimento formado por moradores qualificados para atuarem no programa. O momento inicial deste trabalho contou com oficinas participativas para construção de uma *visão de futuro* compartilhada, em que a comunidade buscou projetar seus desejos de mudança, como referência para identificação e sistematização dos *problemas prioritários e dos recursos disponíveis*, num trabalho considerado central pela literatura de *empowerment* (Rifkin, 2003, Laverack & Wallerstein, 2001). A partir desses elementos, foram deflagradas duas atividades: pesquisas sobre a comunidade em fontes oficiais, e a formatação de um instrumento de pesquisa domiciliar visando obter informações mas também percepções e opiniões dos moradores, buscando uma compreensão ampliada do universo simbólico e cultural local. Durante o processo foi possível ainda a construção participativa de um “mapa temático” em que a comunidade de Vila Paciência pode ser graficamente representada com suas principais ruas, habitações, empreendimentos e recursos comunitários. O processo foi apoiado pela realização de ações locais de mobilização (atividades recreativas e culturais para crianças, jovens e idosos, intervenções ambientais, mobilização de instituições locais), que geraram um ambiente mais propício ao programa. O *slogan* criado pela comunidade – *Vila Paciência vai brilhar* – representava uma clara alusão ao produto desejado ao final da intervenção planejada.

Diagnóstico Comunitário Participativo (DCP)

A realização de um diagnóstico em um território visa conhecê-lo em profundidade de maneira a problematizar as principais dimensões de sua realidade social. Os termos “comunitário” e “participativo”, quando agregados, amplificam suas possibilidades na medida em que pressupõem que seja realizado em um contexto complexo e dinâmico como são as comunidades, contando para tal com a participação efetiva dos atores sociais envolvidos no processo dinâmico de investigação social (Hills, 2002; Johns Hopkins Urban Health Institute, 2004). A expressão pressupõe uma mudança de atitude

de e a ampliação da visão sobre o território e da concepção da temática. No caso da Iniciativa Vila Paciência, o DCP foi permeado por diferentes estratégias, e mobilizou o território no processo de conhecimento de suas histórias e na sistematização de suas condições de vida.

Em julho de 2002 foi aplicado o instrumento de pesquisa, pelos Agentes de Desenvolvimento. A amostra foi composta por 260 domicílios (20% do total), espalhados uniformemente pela comunidade. As entrevistas foram realizadas com maiores de 15 anos, que forneceram informações sobre o domicílio e cada um de seus moradores, além de emitirem suas opiniões sobre assuntos relativos à comunidade. Foi criado um banco de dados em EPI-Info para sistematização e análise. A composição por grupo etário dos moradores dos domicílios pesquisados está muito próxima àquela verificada pelo Censo 2000 do IBGE, o que reforça a consistência da amostra e confere confiabilidade às informações colhidas no que diz respeito a possíveis generalizações.

O diagnóstico gerou um extenso relatório que vem sendo objeto de discussões com moradores, o que permitiu mobilizar a comunidade para o seu próprio conhecimento e para o planejamento de ações de intervenção e uma agenda de desenvolvimento. Como resultado obtivemos um conjunto de informações qualificadas, construído de modo participativo, que tem como objetivo fornecer subsídios para formulação de ações locais, de políticas públicas e servir de linha de base para monitoramento e avaliação de programas de intervenção e das condições de vida de Vila Paciência.

A fase de intervenção

Em seguida, de acordo com os resultados do diagnóstico, foi realizada a divisão das questões prioritárias apontadas em cinco áreas temáticas: educação e saúde; organização comunitária; moradia, saneamento e meio ambiente; atividades culturais e recreativas; e geração de soluções locais em trabalho e renda. Para cada uma delas foram listados os principais problemas identificados, ilustrados por dados obtidos no diagnóstico.

Em novembro de 2002, realizou-se o seminário PSBH/Construção da Iniciativa de Vila Paciência, organizado em salas temáticas de acordo com a divisão acima relatada, cuja discussão foi embasada pelos dados do DCP. O

produto desse seminário foi uma Agenda de Desenvolvimento Comunitário, e um conjunto de 57 projetos de intervenção que vêm sendo implementados em rede pelos participantes – na maioria moradores – gerando pequenos mas significativos benefícios para a comunidade. Essas ações são portanto dirigidas aos problemas apontados pela própria comunidade, legitimadas pelo processo de diagnóstico participativo.

A etapa seguinte do programa é a do acompanhamento, apoio e avaliação da rede de intervenções. São realizadas diversas atividades de mobilização comunitária e apoio direto aos participantes para realizarem os benefícios previstos em seus projetos. Nesse sentido, são agrupados projetos que tenham convergência em seus objetivos; busca-se a capacitação dos autores de projetos como multiplicadores; projetos educativos, esportivos, de saneamento básico, e ações de saúde e geração de renda recebem apoios diretos em material ou outros recursos; contam-se órgãos públicos para projetos que necessitam de ações externas. São elaborados materiais para palestras e campanhas educativas, cujas imagens são produzidas por moradores da comunidade, buscando estabele-

cer uma sintonia entre a informação e o saber popular local. Alguns projetos são selecionados para receber pequenos apoios financeiros. Encontros periódicos de todo o grupo de participantes e de subgrupos temáticos ou geográficos também fazem parte da estratégia de acompanhamento, sendo importantes para promover a celebração dos avanços, o compartilhamento de dificuldades, o fortalecimento do trabalho em rede e a tomada de decisões coletivas.

Alguns dos projetos individuais foram abandonados, por diferentes motivos. A maioria (71,9%) porém foi iniciada e resultou em algum benefício para a comunidade. O quadro 1, apresentando os títulos dos projetos ativos elaborados pelos moradores, permite uma visão do conjunto do processo, assim como temáticas recorrentes, como a questão da ociosidade de crianças, problemas ambientais e habitacionais e a prevenção do HIV/Aids.

Neste processo, ocorre o intercâmbio de apoio social (Valla, 2002), que resulta em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos, permitindo aos participantes um maior sentido de controle sobre suas vidas. Do mesmo modo, com projetos que surgem a partir de sua visão e implementados pela sua ação dire-

Quadro 1

Títulos de projetos ativos de moradores em Vila Paciência.

Trabalhando na pressão	Mães e bebês saudáveis. A importância do pré-natal
Mães previnam-se! Mais cuidado com crianças na família.	Jovens de Vila Paciência contra a AIDS
Informação dez, preconceito zero (HIV)	Prevenindo e educando na saúde (HIV)
Lutando pela saúde de nossas crianças	Esporte, vida e cidadania
Sem água – mais problemas de higiene por falta d'água	Esperança Viva – tirar as crianças nos seus tempos vagos das ruas
Crianças bem cuidadas e fora das ruas	Crianças soltas na rua
Criança feliz ou criança sem destino? Crianças sem atividades depois da escola	Quero fazer acontecer – melhorando a vida de crianças em risco
Identificação do cidadão	Esporte feliz – vôlei e basquete em Vila Paciência
Criança bem cuidada hoje será o adulto responsável de amanhã	Lixo na comunidade de Vila Paciência nunca mais
Crianças mais felizes – atividades para crianças na rua	Relembrar os valores da família de Vila Paciência
Portal cultural brilho de Vila Paciência	Vagão é coisa de trem... casa é coisa de gente – Programa morar com qualidade e dignidade de vida
Jovens sem ocupação, volta à escola já	Transporte já
Um lar perfeito. Melhoria das casas de Vila Paciência	Em busca do objetivo de VP/RJ – A propriedade da casa
Mato / verde / horta comunitária em Vila Paciência	Canteiro Escola de Vila Paciência – Cursos de construção civil com prática na comunidade
Buffet participativo	LF – Fábrica de Pipas
Viva no trânsito	É possível ter saneamento básico
Morar sem medo	Recolhendo lixo, semeando flores
Saneamento na rua D	Fora os ratos
Projeto Sanear	

ta, desenvolve-se entre os participantes um sentido de apropriação do processo. Programas de *empowerment* e desenvolvimento local realizados sem esta preocupação terminam por não alcançar seus objetivos (Laverack & Wallerstein, 2001).

Processo de avaliação e sistematização

Muitas questões surgem quando tratamos da avaliação de um programa tão complexo e heterogêneo, tendo como base conceitos multifacetados, compostos por diferentes matizes como o *empowerment* no contexto de um programa DLIS/PS. Como definir indicadores, e de que maneira envolver a comunidade na sua definição? Como integrar critérios formulados por agentes externos e internos? De que modo mensurar? Estas são indagações presentes durante todo o processo, que demandam permanentes interlocuções entre os avanços e dificuldades presentes na prática, os objetivos gerais da intervenção e a literatura especializada.

O programa convencionou que, do mesmo modo que as intervenções sociais, os indicadores de avaliação devem ser construídos de maneira compartilhada. Trata-se de um processo de avaliação e sistematização dinâmico e multifacetado que pode se subdividir em três níveis, que não são hierárquicos e sim circulares e complementares: Desenvolvimento da Comunidade, Ação Local e Mobilização Comunitária.

Um primeiro nível diz respeito ao *desenvolvimento da comunidade*, no qual os indicadores são provenientes de dados obtidos através do DCP, que gerou um quadro geral sobre as condições de vida na comunidade (Bonatto *et al.*, 2003). Este conjunto de informações, obtidas em parceria com os moradores, forneceu a *linha de base* para a formulação de propostas de intervenção e de avaliação, cujos indicadores podem ser monitorados pelo programa. Refere-se a uma dimensão coletiva, constituída pelas diferentes “áreas-problema” que foram analisadas em fóruns participativos durante o processo. Deste primeiro nível podem resultar estudos avaliativos complementares que permitam monitorar mudanças nos resultados obtidos.

Um conjunto de dados exemplar, apresentado abaixo permite uma melhor compreensão deste nível de avaliação:

Em relação à ocupação, 58% dos moradores maiores de 15 anos não trabalham, e entre os que trabalham, as ocupações mais freqüentes são em

empregos domésticos, serviços de limpeza e construção civil, todos sem exigência de escolaridade. O trabalho infantil é um problema grave, já que 7,1% das crianças entre 10 e 14 anos trabalham fora de casa (vendendo bala, ajudando na “barraca”, entre outros), contra 0,6% da média municipal (IPEA, 2001). Se for considerado o trabalho doméstico, este número sobe para 40,1% das crianças entre 4 e 9 anos e 56,7% das crianças dentre 10 e 14 anos (Fonte: DCP – Vila Paciência, 2003).

Tomando-se informações desta natureza como guia, é possível desenvolver um sistema de monitoramento que acompanhe periodicamente as condições de vida dos moradores. Os dados do DCP podem portanto ser utilizados como linha de base para uma avaliação da qualidade de vida na comunidade. É evidente que mudanças nestes indicadores poderão refletir não só ações do programa em questão, mas a influência de inúmeros outros fatores que incidem sobre a vida comunitária. No entanto, para o trabalho de *empowerment*, o fato de que os indicadores medem aspectos que são considerados prioritários pelos moradores é muito importante e pode por si reforçar o envolvimento da comunidade.

Paralelamente a esta função, os dados do DCP representam fontes de diretrizes para subsidiar a formulação e ou aperfeiçoamento de políticas públicas e servem como recurso para estimular a implementação de programas sociais diversos voltados para o território em questão, legitimados pela participação dos moradores na sua formulação. Respalhada por uma pesquisa, a comunidade pode ver fortalecida suas possibilidades de negociação com o Estado e/ou outras instituições sociais.

Um segundo nível seria o da *ação local*, no qual os indicadores formulados pelos próprios moradores a partir de cada plano de intervenção elaborado durante o seminário (metodologia PSBH/Construção) são guias para a avaliação. São portanto indicadores formulados por quem planeja e executa a ação, e sobretudo por quem vivencia o problema e, por isso mesmo, quem tem melhor condição de defini-lo.

Para cada plano de ação componente da Iniciativa de Vila Paciência são definidos, pelo menos, dois indicadores, assim como seus respectivos meios de verificação. Neste nível, são propostos diversos indicadores de processo, e a análise da situação problema *antes e depois* da intervenção é o indicador de resultado mais freqüentemente utilizado. Deste modo, os pro-

blemas podem ganhar contornos cada vez mais nítidos e diretamente relacionados com a visão do morador, que pode melhor entender o problema a ser enfrentado e sugerir uma proposta de solução.

Um exemplo deste nível de avaliação encontra-se no projeto Portal Cultural, Brilho de Vila Paciência, de autoria do morador P. T. H. Sua proposta é *organizar um espaço cultural, provido de uma pequena biblioteca popular, para que se utilize melhor o tempo de 50 crianças e adolescentes entre 7 e 15 anos, que moram próximos da rua M., retirando pelo menos 50% delas das ruas durante um ano* (Quadro 2).

Outro exemplo é o projeto de K., que trabalhou com crianças, que *ficavam “soltas” na rua, pois seus pais não lhes dão muita atenção*. Oferecendo atividades recreativas, K. chegou a recrutar 25 crianças, registrando a redução do comportamento agressivo de quatro delas, por meio de um roteiro de observação do comportamento. Uma delas havia sido expulsa da escola e retornou graças a intervenção da autora. O projeto foi avaliado também pelo depoimento de comerciantes locais: no início eles desconfiavam das crianças, que entravam nos estabelecimentos pedindo comida, com medo de que roubassem mercadorias. Ao final do ano, acompanhando as atividades e a mudança de comportamento das crianças, os comerciantes passaram a contribuir com lanches para a autora, e permitiam com uma certa tranquilidade a presença destas crianças dentro dos estabelecimentos.

Esta avaliação parte da definição de critérios de melhoria pelo próprio proponente, o que confere ao indicador um valor a mais em relação a mensuração da eficácia e da efetividade da ação proposta, visto estar mais adequado à realidade de quem vivencia o problema. Ao indicador agrega-se uma *qualidade política*, que não se deve desprezar. Segundo Valla

(1996), os profissionais de saúde sofrem da chamada crise de interpretação na compreensão, análise e crítica dos movimentos populares. A forma como a população delimita seus problemas e se envolve na busca de soluções contém em si mesma uma sabedoria que deve ser considerada.

Além disso, é evidente o valor de um processo de capacitação que utiliza ferramentas de planejamento como as descritas no fortalecimento pessoal dos participantes, que se descobrem capazes de provocar mudanças, por menores que sejam, em suas realidades, sem necessidade de recursos externos. Symes (2004) caracterizou como “controle do próprio destino” – a habilidade de lidar melhor com as forças que afetam suas vidas. É possível supor, portanto, que o processo resulta em moradores mais “empoderados” para a conquista de melhores condições de vida para suas comunidades.

Um terceiro nível seria o da *mobilização comunitária*, no qual os indicadores de monitoramento e avaliação estão pautados no acompanhamento e sistematização (de teor qualitativo) do processo de *empowerment* pessoal e coletivo da comunidade, e das conquistas geradas pelo trabalho. Este processo demanda registros detalhados, visto que mobiliza e altera a dinâmica relacional da comunidade. As percepções e representações do morador são as fontes principais para a obtenção dos dados, e sua própria opinião, sentimento e auto-avaliação se tornam componentes do monitoramento do *empowerment*. Neste nível são priorizadas a observação do ator social e a sua forma de refletir sobre a ação da qual participa. Invertendo a clássica expressão utilizada pela antropologia, convidamos a população a realizar um processo de *participação observante* (Galvão, 2000), ou seja, o morador é chamado a atuar na vida comunitária e ser capaz de sistematizar seus processos de modo ativo e reflexivo.

Quadro 2

Indicadores de avaliação.

Indicadores de processo

Percentual de crianças e adolescentes-alvo, que freqüentam regularmente a biblioteca

Meios de verificação

Livro de assinatura da própria biblioteca

Indicadores de resultado

Número de crianças participantes com melhoria no aproveitamento escolar

Número médio de crianças ainda freqüentando as ruas

Meios de verificação

Analisando provas e testes das mesmas, consultando as professoras

Pesquisa e registro no local próximo da rua M.

Depois que demonstram alguma coisa, as pessoas chegam e perguntam. Uns passam pros outros, e aí eles vêm aqui... A mãe está liberando totalmente, acho que é o reconhecimento das atividades... Num lugar que não tem nada (autor de projeto).

O relato oral de moradores participantes e o depoimento de membros da equipe são as principais técnicas para coleta de informação sobre este nível de indicadores.

O trabalho contribui para elevar a auto-estima e fortalecer o potencial dos moradores, que se percebem capazes de realizar uma ação concreta para suas famílias e comunidade. Esta dimensão psicológica da intervenção social é uma das primeiras a serem percebidas, e integra-se à uma potencial dimensão política, na medida em que o participante se reconhece como um sujeito de direitos (Vasconcelos, 2004). No contexto de um programa de DLIS/PS sua amplitude cresce, pois o aumento da auto-estima resulta de uma ação que tem também um caráter coletivo (Laverack & Wallerstein, 2001). Além disso, percebe-se um aumento da sensação de pertencimento e fortalece-se um clima de solidariedade e trabalho em rede. Este movimento favorece também o surgimento de grupos que se articulam no sentido de criar instâncias de representação e organização comunitária. Muitas outras atividades informais e espontâneas vêm surgindo, e são agregadas à Iniciativa. O processo é registrado e sistematizado, considerando que toda a ação gerada no e pelo território interfere em seu processo de desenvolvimento. Do ponto de vista da técnica avaliativa, utilizamos a sistematização na definição de Akerman (2002): *a experiência de aprendizagem coletiva e de aprofundamento que converte em relatos o que está sendo vivido, refletindo-se sobre eles, dando-lhes nova ordem, a fim de se produzir conhecimento para os atores e o programa, aumentando assim a possibilidade de se utilizar em outras experiências similares o conhecimento obtido. A sistematização identifica pistas que ajudam a compreender a realidade e a construir sentidos que a façam mais compreensível.*

Perspectivas

São grandes os desafios que permeiam a Iniciativa: a violência que envolve todos os processos da vida comunitária e a situação de opressão resultante; a pouca participação do Estado e das instâncias locais de governo; a reduzida

parcela da comunidade que efetivamente participa; e o cenário de escassez de recursos. Um dos principais resultados da Iniciativa, após dois anos de início do processo de intervenção, diz respeito ao aumento da mobilização comunitária, ao envolvimento progressivo da comunidade, que resulta no estabelecimento de uma maior autonomia de seus moradores no que se refere a organização de suas ações locais. Os moradores produzem atualmente suas próprias atividades comunitárias, e deste modo superaram o imobilismo e avançam na consolidação de uma organização social mais fortalecida. Registra-se a re-inauguração da Associação de Moradores local, que estava fechada há mais de dois anos; e ainda, do Núcleo Comunitário de Prevenção das DST/Aids, que funciona como um centro multisserviços em atendimento às demandas por atenção à saúde sexual e reprodutiva da comunidade, implementado e gerido por moradores (Mello e Souza *et al.*, 2003).

Deste modo, as principais perspectivas do programa são: a continuidade das ações de mobilização comunitária e do fortalecimento e organização de instituições locais; ações de *advocacy* no sentido da ampliação de recursos governamentais e de políticas públicas adequadas à comunidade e à região; e ações destinadas à geração local de renda, buscando o envolvimento do setor privado. Além do trabalho direto com moradores, o Cedaps também busca contatos e articulações com órgãos públicos e agências diversas, no sentido de trazer novos programas para Vila Paciência.

Conclusão

Como organização da sociedade civil, o Cedaps tem um papel de facilitador do processo de desenvolvimento local, e para tal busca desenvolver e aperfeiçoar metodologias participativas que fortaleçam as respostas criadas pelos atores sociais envolvidos. No complexo jogo político que se estabelece entre a sociedade organizada e o Estado, posiciona-se pelo fortalecimento das capacidades das camadas populares para o enfrentamento da sua problemática social. Deste modo, busca influenciar os chamados determinantes da saúde e a capacitação da comunidade para que desenvolva sua autonomia e amplie suas conquistas, circunscrevendo a experiência no campo da promoção da saúde.

A metodologia da Iniciativa de Vila Paciência apresenta elementos que nos permitem

conjugar os pressupostos teóricos contemplados pelo campo da DLIS/PS com os limites e as possibilidades de uma prática social concreta realizada no Brasil, país de indicadores sociais profundamente desiguais. A construção participativa é a marca do programa, a interação entre a ação técnica e a iniciativa popular constitui o eixo estrutural, que confere identidade ao mesmo. Em lugar do planejamento de ações de fora para dentro, são criadas oportunidades metodológicas para a geração de intervenções endógenas – protagonizadas por quem vivencia o problema e o território.

A avaliação na Iniciativa de Vila Paciência é parte do processo de intervenção social realizada. Baseia-se na sistematização da experiência implementada considerando-a essencialmente um *espaço de aprendizagem social*. A observação cotidiana da dinâmica de mobilização e organização do território trabalhado é um elemento constituinte do processo de avaliação. Reconhece-se o caráter relacional do território em questão, ressaltando a compreensão dos limites da melhoria nas condições de vida geradas por um programa de desenvolvimento local com foco na promoção da saúde, implementado por uma organização não governamental em interação com grupos comunitários locais, com toda sua fragilidade e vulnerabilidade social.

Laverack e Wallerstein (2001) afirmam que o *empowerment* é mais bem concebido e avaliado como um processo contínuo, com os participantes passando do nível de fortalecimento pessoal ao desenvolvimento de pequenos grupos de apoio, de organizações comunitárias, parcerias e finalmente à ação política. Do ponto de vista de impacto social, os programas atingem resultados significativos após ao menos sete anos. A percepção do *empowerment* e de seus resultados sociais e políticos pode, portanto, não ocorrer até muito depois do programa ter sido encerrado.

A expectativa do programa descrito neste artigo não é a de determinar, por si só, e no curto prazo, mudanças de porte e impactos mensuráveis em resultados quantificáveis e de grande significação, mas registrar os avanços da comunidade por este processo, colocando-se a seu serviço para tornar inteligíveis os seus movimentos no sentido do desenvolvimento. Sabe-se igualmente que as mudanças “macro” dependem de um contexto social profundamente mais amplo e complexo. Como afirma Pivetta (2002), *não existirá... uma “ilha da fantasia” sem a sinergia de um projeto de Estado e Nação que garanta a sustentabilidade social, ambiental e econômica do todo*. No entanto, como Koga (2003), citando Ladislau Dowbor, afirma que uma das mais significativas riquezas do desenvolvimento local reside no fato de poder adequar-se as ações às condições diferenciadas que as populações enfrentam. Isto não implica, naturalmente, que as políticas sociais possam se resumir à ação local, mas *seriam fundamentais para se estabelecerem, de fato, políticas universais que garantam ao mesmo tempo igualdade e equidade*.

A característica fundamental da Iniciativa está em sua capacidade de promover o envolvimento no morador no processo de construção de soluções para melhoria de suas condições de vida. A metodologia utilizada (PSBH) contém elementos estratégicos que potencializam esta ação, em especial quando aplicada ao campo do DLIS/PS. Se consideramos que *empowerment* significa o aumento do poder e autonomia de indivíduos e grupos sociais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social, podemos afirmar que a participação da comunidade na formulação e avaliação dos programas é central para que estes possam se tornar processos deflagradores do desenvolvimento e da transformação social.

Colaboradores

D Becker trabalhou na concepção, redação, análise dos dados, revisão do texto e pesquisa bibliográfica; K Edmundo, na concepção, discussão teórica, análise dos dados e pesquisa bibliográfica; DB Ramos, na discussão teórica, análise e sistematização de dados; NRA Nunes, na discussão teórica, levantamento e registro de dados coletados no campo; e R Souza, no levantamento e registro de dados coletados no campo.

Referências bibliográficas

- Akerman M et al. 2003. *Delineando um marco conceitual para a Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida*. Abrasco-Pró-GT de Promoção da Saúde e DLIS, Rio de Janeiro-Porto Alegre.
- Akerman M, Mendes R & Bogus CM 2002. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. *Revista de Saúde Pública* 36(5):638-646.
- Akerman M 2002. *Avaliação e promoção da saúde*. Anais do Seminário Promoção da Saúde no Contexto do Desenvolvimento Local Integrado Sustentável (PS-DLIS). ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Becker D 2003. Organizações da sociedade civil e políticas públicas em saúde, pp.117-134. In J Garcia, L Landim & H Dahmer. *Sociedade e políticas – novos debates entre ONGs e universidades*. Editora Revan, Rio de Janeiro.
- Becker D et al. 2003. *Iniciativa de Vila Paciência: desenvolvimento local e promoção da saúde em cenário de grave exclusão*. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, vol. I. Abrasco, Rio de Janeiro.
- Becker D, Edmundo K & Bonatto D 2003. Diagnóstico participativo em programa de Desenvolvimento Local Integrado Sustentável com foco na promoção da saúde – a experiência da Iniciativa de Vila Paciência. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, vol. I. Abrasco, Rio de Janeiro.
- Bodstein R & Zancan L 2002. Avaliação das ações de promoção da saúde em contextos de pobreza e vulnerabilidade social, pp. 39-59. In L Zancan, R Bodstein & WB Marcondes (orgs.). *Promoção da Saúde como caminho para o Desenvolvimento Local*. Abrasco, Rio de Janeiro.
- Bonatto D et al. 2003. *Diagnóstico Comunitário Participativo de Vila Paciência*. Centro de Promoção da Saúde, Rio de Janeiro. (No prelo).
- Buss PM 2000. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva* 5(1):163-177.
- Buss PM & Ferreira JR 2002. O que o Desenvolvimento Local tem a ver com a Promoção da Saúde?, pp. 15-37. In L Zancan, R Bodstein & WB Marcondes (orgs.). *Promoção da Saúde como caminho para o Desenvolvimento Local*. Abrasco, Rio de Janeiro.
- Buss PM & Ferreira JR 1998. *Promoção da Saúde e Saúde Pública. Contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina*. ENSP, Rio de Janeiro. Disponível em <www.ensp.fiocruz.br>
- Centro de Promoção da Saúde (2004). *A Iniciativa de Vila Paciência*. Disponível em <http://www.cedaps.org.br>
- Dreyfus Health Foundation 2002. *Problem Solving for Better Health*. Disponível em <http://www.dhfglobal.org/psbh/psbh_2.html>. Dreyfus Health Foundation, Nova York.
- Edmundo K 2003. A experiência do Centro de Promoção da Saúde nas comunidades populares do Rio de Janeiro, pp. 116-147. In CA Passarelli, R Parker, C Pimenta & V Terto Jr. *Aids e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas*. ABIA, Rio de Janeiro.
- Estrada NR, Marques R, Bonatto D, Edmundo K & Becker D 2003. *Iniciativa de Vila Paciência: Relatório Anual*. Centro de Promoção da Saúde, Rio de Janeiro. (Mimeo).
- Faerstein E 2000. O debate sobre qualidade de vida e saúde: outros aspectos a considerar. *Ciência e Saúde Coletiva* 5(1):22-24.
- Freire P 1979. *A pedagogia do oprimido*. Paz e Terra, Rio de Janeiro.
- Galvão JA 2000. *Agenda de Construção de uma Epidemia*. ABIA-Ed. 34, Rio de Janeiro-São Paulo.
- Gibbon M, Labonte R & Laverack G 2002. Evaluating community capacity. *Health and Social Care in the Community* 10(6):485-491.
- Hancock T 2001. People, partnerships and human progress: building community capital. *Health Promotion International* 16(3):275-280.
- Hartz ZMA 1998. Pesquisa avaliativa em promoção da saúde, pp. 117-124. In *Promoção da Saúde e Saúde Pública. Contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina*. ENSP, Rio de Janeiro.
- Health Communication Unit, Centre for Health Promotion 2002. *Evaluating Health Promotion Programs*. University of Toronto, Toronto.
- Hills M & Mullett J 2002. *Community based research and evaluation. Collaborative action for health and social change – a Workbook*. University of Victoria, Victoria.
- Jewkes R 2000. Evaluating community development initiatives in Health Promotion, pp. 129-139. In M Thorogood & Y Coombes. *Evaluating health promotion – Practice and methods*. Oxford University Press, Londres.
- Johns Hopkins Urban Health Institute 2004. *What is community-based participatory research?* Disponível em <http://urbanhealthinstitute.jhu.edu/cbpr.html>
- Judd J, Frankish CJ & Moulton G 2001. Setting standards in the evaluation of community-based health promotion programmes – a unifying approach. *Health Promotion International*. Dec 16(4):367-380.
- Kemenade S 2002. *Social capital as a health determinant – How is it defined?* Applied Research and Analysis Directorate; Health Canada – Policy Research Communications Unit. URL. Disponível em <http://www.hcsc.gc.ca/iacb-dgiac/araddraa/english/rmdd/wpapers/engsocial.pdf >
- Koga D 2003. *Cidades entre territórios de vida e territórios vividos*. Serviço Social e Sociedade 72. Cortéz Editora, São Paulo.
- Laverack G & Labonte R 2000. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy Plan* 15(3):255-262.
- Laverack G & Wallerstein N 2001. Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promotion International* 16:179-85.
- Mello e Souza C, Edmundo K, Carvalho ML & Fonseca V 2003. *AIDS e desenvolvimento: um estudo etnográfico em Núcleos Comunitários de Prevenção das DST/AIDS no Rio de Janeiro*. EICOS-UFRJ, Rio de Janeiro. (Mimeo)
- Minayo MCS 2000. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec-Abrasco. São Paulo-Rio de Janeiro.
- Minayo MCS, Hartz ZMA & Buss PMA 2000. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva* 5(1):7-18.
- Ouellet F, Durand D & Forget G 1994. Preliminary results of an evaluation of three healthy cities initiatives in the Montreal area. *Health Promotion International* 9:153-159.
- Pivetta F 2002. Laboratório territorial como instância para a promoção da saúde – contribuição para as dis-

- cussões acerca do programa DLIS Manguinhos, pp. 247-271. In L Zancan, R Bodstein & WB Marcondes (orgs.). *Promoção da Saúde como caminho para o Desenvolvimento Local*. Abrasco, Rio de Janeiro.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) 2001. Relatório de Desenvolvimento Humano do Rio de Janeiro. PNUD, Brasília. Disponível em <www.pnud.org.br>
- Rifkin SB 2003. A framework linking Community Empowerment and Health Equity: it is a matter of CHOICE. *Journal of Health, Population and Nutrition* 21(3):168-180.
- Silveira CM & Bocayuva PCC 2001. *Desenvolvimento local integrado e sustentável: enfoque estratégico e construção de indicadores*. Website da Rede DLIS. Disponível em <www.dlis.org.br>
- Santos JL & Martins IC 2002. O Fórum Acorda Manguinhos: um olhar sobre a participação comunitária e o desenvolvimento local, pp. 215-223. In L Zancan, R Bodstein & WB Marcondes (orgs.). *Promoção da Saúde como caminho para o Desenvolvimento Local*. Abrasco, Rio de Janeiro.
- Smith B *et al.* 1994. Problem-solving for better health. *World Health Forum* 15(1):9-15.
- Symes SL 2004. *Social determinants of health: the community as an empowered partner*. Preventing Chronic Disease [serial online] Disponível em <http://www.cdc.gov/pccd/issues/2004/jan/03_0001.htm>
- Tsouros AD 1995. The WHO Healthy Cities Project: State of the art and future plans. *Health Promotion International* 10:133-141.
- Valla VV 1996. A crise de interpretação é nossa. Procurando compreender a fala das classes populares. *Educação e Realidade* 21:177-190.
- Valla VV 1999. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública* 15(Sup. 2):7-14.
- Vasconcelos E 2004. *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. Ed. Paulus, Rio de Janeiro.
- Vasconcelos EM (org.) 2001. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*. Hucitec, São Paulo.
- Velho G 1994. *Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas*. Jorge Zahar, Rio de Janeiro.
- Wallerstein N 1992. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion* 6:197-205.
- Westphal MF 2000. O movimento Cidades / Comunidades Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva* 5(1):39-51.
- WHO (World Health Organization) 1986. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Canadian Public Health Association, Ottawa.
- Wilkinson R & Marmot M 2003. *Social determinants of health: the solid facts*. 2nd edition. World Health Organization, Copenhagen.

Artigo apresentado em 24/4/2004

Aprovado em 10/7/2004

Versão final apresentada em 29/7/2004