

**O Setor Privado e a Promoção da Saúde:  
um estudo de caso**

**Regina Célia Canel**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da  
Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de  
Mestre em Saúde Pública**

**Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública**

**Orientador: Prof. Dr. Cláudio Gastão Junqueira de  
Castro**

**São Paulo**

**2007**



É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figurem a identificação do autor, o título, a instituição e o ano da dissertação.

49.286/ 2008 doc

## **Dedicatória**

Aos meus pais, Maria Aparecida Sperli Canel e Abílio Canel (in memoriam), pelo exemplo de que é possível desenvolver " .... a serenidade de aceitar as coisas que não podem ser mudadas, a coragem de mudar as coisas que podem ser mudadas, e a sabedoria de saber distinguir entre os dois casos".

## **Agradecimentos**

Ao Prof. Cláudio Gastão Junqueira de Castro, meu orientador, pela oportunidade, pelo incentivo e pela confiança.

Aos membros da Banca Examinadora, Professoras Maria Cecília Focesi Pelicioni e Lúcia de Lourdes Souza Leite Campinas, pelas críticas construtivas e pelas sugestões.

À Editora Abril, na pessoa de Juliana De Mari, pela ajuda nos passos iniciais dessa jornada.

Ao Instituto Ethos, na pessoa de seu presidente, Ricardo Young Silva, pela atenção e colaboração.

Ao GIFE, na pessoa de Fernando Rossetti, pela atenção dispensada.

Aos entrevistados Professora Márcia Faria Westphal, Mário Ferreira Jr., Alberto Ogata, Carlos Faccina, Ken O'Donnell, pela valiosa contribuição.

A todos os colaboradores da Nestlé Brasil que tornaram possível a realização do estudo de caso, em especial Dinerges Toniolo S. Moura, Sílvia Zanotti Magalhães, Valesca Manteiga, Mariana Albino, Vanessa Moreira.

Às funcionárias da Faculdade de Saúde Pública: Ângela Maria P. S. de Andrade, Livia Mara S. Rosa, Maria Aparecida Mendes, Renilda M. de Figueiredo Shimono, Maria do Carmo Medeiros, Margareth Suely Peraçoli, pela atenção e pelo auxílio constante.

Aos meus parentes e amigos, pela compreensão, pelo incentivo e pelo apoio.

Ao Giorgio Gambirasio, pelo estímulo, pela paciência e pela participação no desenvolvimento e na consolidação desta jornada.

Canel, R.C. O Setor Privado e a Promoção da Saúde: um estudo de caso [dissertação de mestrado].

São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2007

## **Resumo**

O conceito e as práticas relativas à Promoção da Saúde (PS) possibilitaram um novo entendimento sobre saúde/doença, e as Declarações e as Cartas dos encontros internacionais de PS sempre enfatizaram a necessidade de integração dos esforços e recursos dos diversos setores (público, privado e terceiro setor). Ao mesmo tempo, o meio empresarial, no mundo e no Brasil, tem manifestado uma preocupação crescente em assumir um papel socialmente responsável. Para verificar se e como essa preocupação empresarial acompanha as diretrizes e estratégias da PS, procurou-se descrever e analisar as políticas e as práticas de PS de uma empresa do setor privado, localizada na Grande São Paulo. Para se chegar à escolha da empresa, foi feito um levantamento do que existe no meio empresarial de práticas possivelmente orientadas em direção à PS. O levantamento foi feito consultando-se organizações sociais e empresariais, e publicações da imprensa. Verificou-se que a atuação social das empresas está, em geral, indiretamente ligada à saúde (por exemplo, através da preocupação com o meio ambiente); que o investimento social é feito com dispersão e tendendo à filantropia, e é de preferência dirigido à área da educação. Verificou-se também que a PS não é, ou é pouco, conhecida. A empresa escolhida para o estudo de caso foi a Nestlé Brasil, que mantém programas que podem ser considerados como alinhados com as diretrizes e estratégias da PS. O estudo de caso constou da descrição do perfil da empresa escolhida e de seus programas sociais, e da análise qualitativa de um desses programas na área da nutrição.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde, Responsabilidade Social Empresarial, Parcerias Público-Privadas, Diretrizes e Estratégias em Promoção da Saúde, Promoção da Saúde e Setor Privado.

Canel, R.C. Private Sector and Health Promotion: a Case Study [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2007

## **Abstract**

Principles of, and strategies for, Health Promotion (HP) allow a new understanding of health/illness relationship. Declarations and Charters of International Conferences on HP emphasize that in order to reach desired goals and to consolidate most objectives a great degree of integration is necessary among all sectors: public, private and third sector. At the same time, corporate world is paying increased attention to environmental and social consequences of its actions. In order to check whether such corporate preoccupation follows policies and practices related to HP, a study has been conducted on a large food company (Nestlé Brasil) located in São Paulo, focussing on the guidelines and strategies of this company in developing social programs. The company has been selected after a research in social and corporate organizations and the press. Such research showed that health is not a corporate main interest, that social investment tends to be scattered among many programs, that most programs are oriented towards philanthropy or education. It also appears that HP is usually little known in the corporate world. A case study of Nestlé's social programs has been conducted, especially of one of them, directed to the betterment of nutrition.

**Keywords:** Health Promotion, Corporate Social Responsibility, Public-private Joint Venture, Guidelines and Strategies in Health Promotion, Health Promotion and Private Sector.

## Índice

<b>1 Introdução</b>	19
1.1 Escolha do tema da pesquisa	19
1.2 A Promoção da Saúde	21
<b>2 Contextos da Promoção da Saúde</b>	29
2.1 Os contextos e a cultura pós-moderna	29
2.2 Contexto mundial	32
2.3 Contexto Brasil	35
2.4 Contexto São Paulo	40
<b>3 Atores da Promoção da Saúde no Brasil</b>	45
3.1 Atores	45
3.2 Setor Público	45
3.3 Setor Privado	51
3.4 Terceiro Setor	61
<b>4 Diretrizes e Estratégias da Promoção da Saúde</b>	67
4.1 Estrutura do capítulo	67
4.2 Conceitos fundamentais	67
4.3 Estratégias da Promoção da Saúde	70
4.4 Entrevistas	79
4.5 Uma possível metodologia para a Promoção da Saúde	80
<b>5 Objetivo</b>	85

<b>6 Metodologia</b>	87
6.1 Tipo de pesquisa	87
6.2 Pesquisa bibliográfica preliminar	87
6.3 Objeto do estudo	88
6.4 Procedimentos metodológicos	89
6.5 Atôres selecionados e entrevistados	90
6.6 Pesquisa documental	91
6.7 Análise dos dados	91
<b>7 Políticas e Práticas em Saúde e/ou em Promoção da Saúde no setor privado</b>	93
7.1 Pesquisa bibliográfica	93
7.2 Entrevistas	113
7.3 Comentários	105
<b>8 Estudo de caso</b>	117
8.1 Processo de escolha	117
8.2 Perfil da empresa	118
8.3 Programas externos de investimento social	126
8.4 Programas internos	128
<b>9 Resultados e Discussão</b>	129
9.1 Políticas e Práticas da Nestlé na área de Promoção da Saúde	129
9.2 O Programa Nutrir	134
9.3 Discussão	140
<b>10 Conclusões</b>	145
10.1 Sobre o tema e o objetivo da Dissertação	145
10.2 Considerações finais	146
<b>Referências</b>	147



## **Anexos**

Anexo I - Formulário de Identificação da Empresa	156
Anexo II - Formulário de pré-seleção do estudo de caso	157
Anexo III - Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE	158
Anexo IV - Entrevista com o Secretário Geral do GIFE	159
Anexo V - Entrevista com o Presidente do Instituto Ethos	161
Anexo VI - Entrevista com a Redatora-Chefe e Coordenadora Editorial da Revista "Guia Exame/VocêSA"	163
Anexo VII - Modelo de carta enviada às empresas indicadas	164
Anexo VIII - Termo de Consentimento Livre Esclarecido da Empresa	165
Anexo IX - Relação das empresas com atuação em Saúde e/ou Promoção da Saúde, segundo o site do GIFE (maio de 2007)	166
Anexo X - Perguntas relativas a Responsabilidade Social Empresarial e a Políticas e Práticas de Saúde no Setor Privado	167
Anexo XI - Entrevista sobre Responsabilidade Social Empresarial e Políticas e Práticas de Saúde no setor Privado	168
Anexo XII - Entrevista sobre Responsabilidade Social Empresarial e Políticas e Práticas de Saúde no setor Privado	171
Anexo XIII - Entrevista sobre Responsabilidade Social Empresarial e Políticas e Práticas de Saúde no setor Privado	173
Anexo XIV - Formulário para os Coordenadores de Programas	175
Anexo XV - Entrevista sobre o tema "Por que e para que a Promoção da Saúde?"	176
Anexo XVI - Entrevista sobre o tema "Por que e para que a Promoção da Saúde?"	178

## **Lista de Figuras**

<b>Figura 1.1 - Diagrama sistêmico do inter-relacionamento Promoção da Saúde - Prevenção de Doença - Saúde Pública tradicional</b>	<b>25</b>
<b>Figura 2.1 - Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS</b>	<b>42</b>
<b>Figura 7.1 - Histograma do fator-chave Ética</b>	<b>98</b>
<b>Figura 7.2 - Histograma do fator-chave Responsabilidade Social</b>	<b>99</b>
<b>Figura 7.3 - Histograma do fator-chave Compromisso com RH</b>	<b>99</b>
<b>Figura 7.4 - Distribuição das notas do indicador Saúde</b>	<b>107</b>
<b>Figura 7.5 - Distribuição das notas do indicador Integridade do Trabalhador</b>	<b>108</b>
<b>Figura 7.6 - Distribuição das notas do indicador Responsabilidade Social e Ambiental</b>	<b>109</b>
<b>Figura 7.7 - Correlação entre o indicador Responsabilidade Social e Ambiental e o indicador Integridade do Trabalhador</b>	<b>111</b>
<b>Figura 9.1 - Evolução do número de crianças e adolescentes atendidos pelo Programa Nutrir, no período 2001-2006</b>	<b>138</b>
<b>Figura 9.2 - Evolução do número de educadores e de organizações sociais /escolas capacitados pelo Programa Nutrir, no período 2001-2006</b>	<b>139</b>

## **Lista de Quadros**

Quadro 2.1 - Valores médios dos componentes do IDH 2006	28
Quadro 7.1- Gasto social em ações para a comunidade	87
Quadro 7.2 - Número de setores em cada posição dos fatores-chave	89
Quadro 8.1 - Produção, consumo e emissões de 435 fábricas da Nestlé Mundial (1998-2006)	113

## **O SETOR PRIVADO E A PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO**

### **1. INTRODUÇÃO**

#### **1.1 ESCOLHA DO TEMA DA PESQUISA**

As disciplinas cursadas na pós-graduação permitiram a discussão sobre as características do contexto social no qual está inserida a Saúde Pública, oferecendo uma oportunidade de fundamentar as questões da saúde e as propostas que são elaboradas para sua resolução.

Uma dessas disciplinas, "Promoção e Educação em Saúde", forneceu um panorama sobre um novo paradigma na área da Saúde Pública, ou seja, a Promoção da Saúde (PS), nos aspectos conceituais, filosóficos, éticos, técnicos, e de intervenção. Isso motivou o aprofundamento nesse novo paradigma e nas diversas questões a ele relacionadas, como: modelos de intervenção, formação de profissionais de saúde quanto a esse tema, programas desenvolvidos pelos setores público e privado para a área, entre outros. Cada uma das questões citadas era muito relevante e constituiria assunto para um projeto de pesquisa.

O conceito e as práticas relativas à PS possibilitaram um novo entendimento sobre saúde/doença, quer no âmbito individual quer no coletivo; existem relatos de programas bem sucedidos, porém com alcance limitado, quando se considera o País como um todo; o conceito de PS ainda é novo, tal qual é proposto atualmente; são poucas as disciplinas voltadas especificamente para o tema, na Universidade.

Afinal, o assunto escolhido para a Dissertação foi "O Setor Privado e a Promoção da Saúde". A partir das leituras e reflexões iniciais sobre a PS, a escolha do tema para a presente pesquisa baseou-se, por um lado, no conhecimento de algumas ações que vêm sendo realizadas pelo setor privado. Esse é passível de ser

sensibilizado a participar de ações voltadas para essa área (Promoção da Saúde), além de ter recursos com os quais pode contribuir para o setor público. E, por outro lado, no fato que os documentos finais (Cartas e Declarações) produzidos nos encontros internacionais de PS têm constantemente enfatizado a necessidade de integração dos esforços e recursos desses setores, com vistas à realização e consolidação daquilo que as próprias cartas propõem. Além disso, na cultura vigente (pós-moderna) há uma série de questões novas para as diversas áreas sociais, inclusive a da Saúde, cujos encaminhamentos ou resoluções dependem de um entendimento amplo e de esforços conjuntos de todos os setores — o público, o privado e o terceiro setor.

Esta pesquisa contemplou empresas da Grande São Paulo, que patrocinam ou desenvolvem políticas e práticas tais que possam ser consideradas parte da Saúde ou da PS. A escolha da região geográfica da Grande São Paulo justificou-se por ela concentrar grande número de empresas de todos os portes e de vários ramos de atuação. Além disso, nas empresas que têm sede na Grande São Paulo e filiais no interior e nos outros estados, o direcionamento e o exemplo das atividades sociais e em saúde são dados sempre pela matriz.

Como a bibliografia específica referente à PS no setor privado é escassa, para se conhecer as empresas que desenvolvem programas próximos à PS foi necessário recorrer a publicações das próprias empresas, a organizações empresariais dedicadas a atuar na área social, e a publicações jornalísticas.

A partir de 1996, a editora Abril tem publicado anualmente um guia denominado "As melhores empresas para você trabalhar", em que são categorizadas as empresas em termos do que oferecem aos empregados, de sua inserção social, da política de respeito ao meio ambiente, entre outros aspectos do comportamento empresarial. A responsabilidade social empresarial, também chamada corporativa, é objeto de outra revista da mesma editora: o "Guia Exame de Boa Cidadania Corporativa"

Outras empresas da mídia também têm se interessado pelo assunto, como por exemplo o jornal DCI (Diário Comércio Indústria & Serviços), focalizando a ação social de empresas. A revista Carta Capital tem publicado números especiais em que

as empresas são avaliadas, entre outros critérios, por ética, responsabilidade social e responsabilidade ambiental.

A identificação do número total de empresas atuando em saúde, e possivelmente em PS, na Grande São Paulo, demandaria uma extensa pesquisa, e mais ainda para descrever as políticas e as práticas nelas desenvolvidas. Assim, optou-se pelo estudo de caso de uma empresa do setor privado da Grande São Paulo, a fim de descrever as políticas, as práticas, as diretrizes e estratégias de PS, empregadas pela empresa escolhida.

## 1.2 A PROMOÇÃO DA SAÚDE

O conceito de Promoção da Saúde foi divulgado por H. Sigerist em 1944, como uma área da Medicina (PAHO, 2001), para a qual ele atribuiu as seguintes finalidades: a promoção da saúde, envolvendo fatores sócio-ambientais, medidas políticas e trabalho comunitário; a prevenção e tratamento de doenças; a reabilitação (um extrato do artigo original de Sigerist encontra-se em SIGERIST, 2003).

Seguiu-se, em 1974, o Informe Lalonde, como uma proposta de ampliação do campo de atuação da Saúde Pública, acrescentando às ações médico-assistenciais ações preventivas e programas educativos, objetivando mudanças comportamentais e de estilo de vida. O enfoque, entretanto, era sobre o indivíduo, considerado como responsável exclusivo por sua saúde e seu estilo de vida (PAHO, 2001; LALONDE, 1981).

No ambiente internacional, quanto à PS, pode ser considerada como marco inicial a Conferência de Alma-Ata (1978). E a esta seguiram-se algumas conferências e suas respectivas Cartas e Declarações: Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Bogotá, 1992; Jacarta, 1997; Rede de Megapaíses, 1998; México, 2000 (BRASIL, 2001); Bangkok, 2005 (WHO, 2005).

Nesses documentos se evidencia um novo entendimento do conceito de saúde e de seus fatores determinantes, constituindo-se a "nova promoção da saúde" (Labonte,

in SÍCOLI & NASCIMENTO, 2003, p. 104). Essa concepção propõe que se atue sobre esses determinantes, ou seja, sobre as condições de vida da população, através de ações intersetoriais (que envolvem, por exemplo, meio ambiente, educação, habitação).

A síntese das Cartas e Declarações refere que a saúde resulta de um conjunto de fatores individuais e coletivos (sociais, econômicos, políticos, étnicos, religiosos, culturais, psicológicos, do trabalho, biológicos, ambientais), interagindo em um processo dinâmico. Considera-se a saúde como um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento pessoal, social e econômico (BRASIL, 2001, p. 43). Sua manutenção deve ser o principal investimento social dos governos.

Nesses documentos é reforçada a idéia de que o processo saúde-doença não é apenas linear (resultante de causa-efeito) e nem tão pouco restrito ao ponto de vista biomédico, mas deve ser percebido dentro de um novo modelo (holístico), no qual as metas da saúde são atingidas juntamente com a melhoria da qualidade de vida, a justiça social e o desenvolvimento sustentado. A participação comunitária é fundamental, e os profissionais de saúde devem assumir a tarefa de estimular e fortalecer a atuação da população nessas questões, instrumentalizando os cidadãos (indivíduos, grupos) para que seja exercido o direito à saúde. Tudo isso constitui uma nova cultura, ou um novo paradigma, da saúde.

Nas Cartas são mencionados aspectos essenciais relativos à PS, como os seguintes:

- \* necessidade de políticas públicas saudáveis: o principal propósito dessas políticas é a criação de ambientes físicos e sociais favoráveis à saúde, com um novo entendimento de desenvolvimento social e do papel do Estado, esse centrado nas necessidades dos cidadãos, na equidade, na intersetorialidade, na democratização do poder, na sustentabilidade.
- \* atenção ao meio ambiente: através de estratégias como aliança entre as áreas da saúde e do ambiente, tendo em vista sua interdependência.
- \* equidade: prioridade de alocação, dimensionamento e distribuição de recursos e serviços de saúde aos grupos sociais mais desprivilegiados e vulneráveis.

- \* participação popular: implementada através da educação para a saúde, da informação, do direito de voz das pessoas e das comunidades (*empowerment*), no planejamento e na execução dos cuidados de saúde.
- \* reorientação dos serviços de saúde: utilizando critérios de PS e fomentando a preparação dos recursos humanos.
- \* parceria entre setor público e setor privado: ação coordenada e alianças entre governo, setor privado e terceiro setor, compondo parcerias em prol da saúde.
- \* enfoque multi-setorial: governo e setores sociais são igualmente responsáveis quanto às consequências de suas decisões e ações; e quanto aos efeitos e repercussões de seus objetivos, estratégias, atividades e recursos nos demais setores. Todos os setores — mesmo aqueles que, aparentemente, não estão diretamente implicados — devem assumir a saúde como meta.
- \* esforço internacional: necessidade de um esforço internacional em direção à PS.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) assumiu oficialmente o conceito de Promoção da Saúde em 1984 (WHO, 1984), afirmando que a PS envolve a população como um todo no contexto cotidiano, em lugar de concentrar a atenção em grupos de risco e doenças específicas. Em 1998, a OMS definiu sete princípios que deviam nortear programas, políticas e planejamentos em PS (WHO, 1998). Esses princípios reforçaram os propósitos anteriores e acrescentaram dois novos:

- \* ações multi-estratégicas: através da combinação de métodos e abordagens de diferentes disciplinas.
- \* sustentabilidade: envolvendo interação entre diferentes variáveis, tais como equilíbrio ambiental, qualidade de vida, justiça social e capacidade de suporte (econômico, financeiro e institucional). As iniciativas em PS devem estar de acordo com esse princípio, já que, em geral, são de natureza complexa, e envolvem processos de transformação individual e coletiva, a médio e longo prazo, com articulações entre o local e o global.



A Saúde Pública tradicional encara a doença como uma fatalidade, entretecida na vida humana, e da qual não é possível escapar (LEFEVRE e LEFEVRE, 2004). A doença seria algo natural, decorrente de organismos patogênicos, de condições ambientais agressivas, de fatores psicossociais desfavoráveis. Nessa conceituação, a saúde apresenta-se como algo artificial, obtido à custa de remédios, cirurgias e outras intervenções. A resposta à doença é sempre um processo de cura, que leve ao estado (não natural!) de saúde.

Segundo esses autores, a PS propõe um novo paradigma: a doença não é uma fatalidade natural; ao contrário, é a saúde que deve ser vista como o estado natural. A doença passa a ser um sintoma de que algo não vai bem no sistema do indivíduo, ou no sistema em que o indivíduo está inserido. A PS tem como objetivo de longo prazo (ideal) a eliminação da doença, por atacar suas causas mais básicas. Nessa nova visão, a PS incentiva os seguintes modos de agir:

- \* relacionar-se com a Natureza de modo não predatório ou anti-ecológico;
- \* construir e reformar as cidades, para torná-las mais saudáveis;
- \* reformar os modos de produção, urbanos e rurais, para torná-los menos agressivos aos seres humanos e ao ambiente;
- \* rever o modo de relacionamento do homem consigo mesmo e com seus semelhantes;
- \* evitar comportamentos inadequados dos seres humanos, desequilíbrios biológicos e ambientais (no ambiente natural e no ambiente social).

Ainda segundo os autores, a PS implica em maior participação dos seus integrantes nesse processo. Possibilita às pessoas aumentar o controle sobre os determinantes de sua saúde e, dessa forma, melhorá-la; identificar aspirações; satisfazer necessidades; modificar favoravelmente o meio ambiente, utilizando a educação como instrumento primordial para atingir esses objetivos.

Uma outra forma de abordar o problema saúde/doença (LEFEVRE e LEFEVRE, 2004) é a Prevenção de Doenças. A Prevenção visa a afastar a doença do indivíduo ou da coletividade (ou o indivíduo e a coletividade da doença), antes do surgimento ou do agravamento da condição mórbida, de modo que tal condição não

se manifeste, ou se manifeste em grau atenuado. A Prevenção atua mais a curto prazo, enquanto a Promoção olha para um horizonte temporal mais amplo.

A Figura 1.1 foi elaborada a partir das informações de LEFEVRE e LEFEVRE (2004), e nela procurou-se representar, num diagrama sistêmico, as relações entre os mecanismos de Saúde Pública tradicional (op. cit., p.22), de Promoção da Saúde e de Prevenção de Doenças.

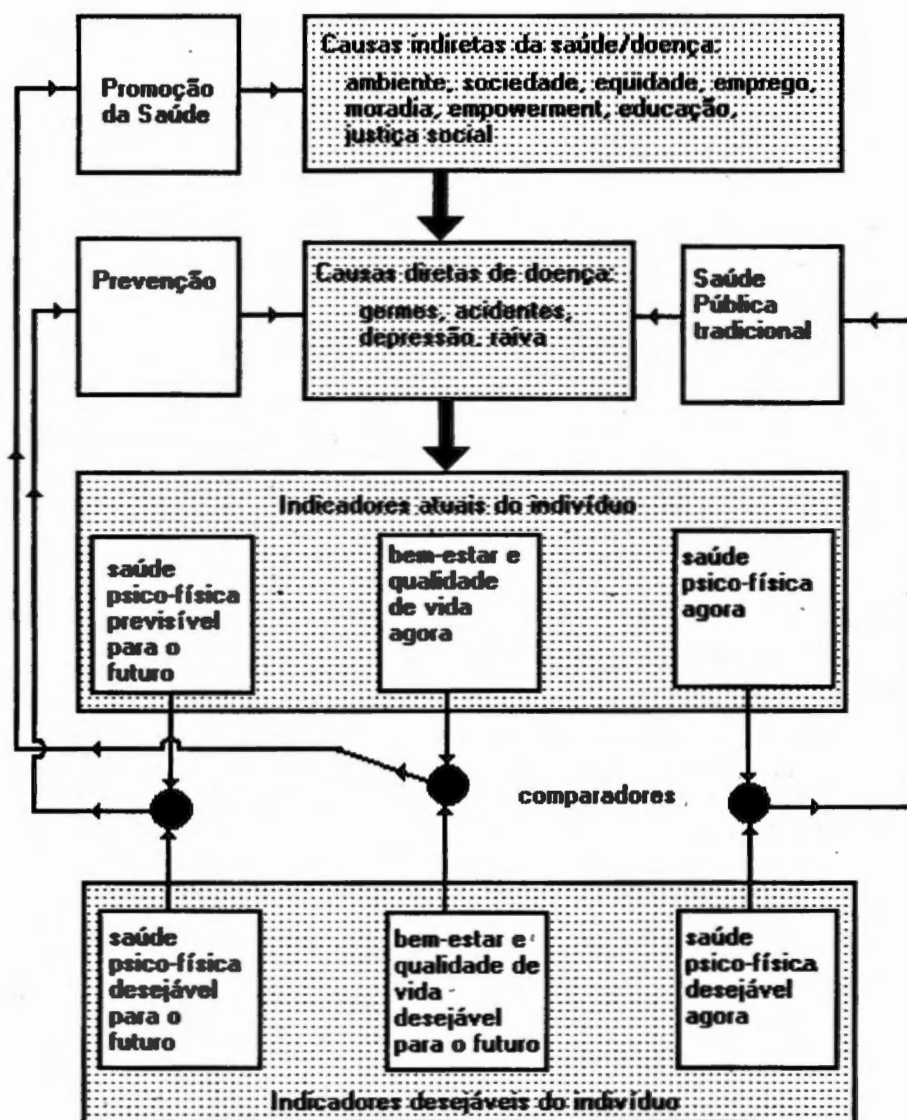


Figura 1.1 - Diagrama sistêmico do inter-relacionamento Promoção da Saúde - Prevenção de Doença - Saúde Pública tradicional, baseado em LEFEVRE e LEFEVRE (2004).

Na Figura 1.1, o bloco "Causas indiretas da saúde/doença" inclui itens gerais como ambiente, sociedade, equidade, emprego, moradia, empoderamento, educação, justiça social. Essas causas indiretas facilitam ou impedem que causas mais específicas (como germes patogênicos, acidentes, estados psicossociais como depressão e raiva) ajam sobre um indivíduo ou uma coletividade de modo a provocar doenças. Essas causas estão indicadas no bloco "Causas diretas de doença".

O estado do indivíduo no momento "agora" é indicado no bloco "Indicadores atuais do indivíduo". São reconhecidos três indicadores: a saúde psico-física, a sensação de bem-estar e de qualidade de vida, e o grau de saúde psico-física que é possível prever para o futuro próximo. Cada um desses indicadores, que representam a situação real no momento, no "agora", é comparado com o correspondente indicador da situação desejável. O resultado da comparação (as bolas escuras indicam os comparadores) entre o real e o desejado é um sinal de "erro", que aciona um dos mecanismos mencionados. Reconhece-se, nesse esquema, a idéia básica do processo de realimentação, utilizada em sistemas de controle.

Se o estado atual é igual ou superior ao desejado, obviamente não resulta nenhuma ação. Se o estado de saúde psico-física não corresponde ao desejado, o erro aciona o mecanismo da Saúde Pública tradicional, o qual age sobre o bloco de "Causas diretas de doença", providenciando remédios, cirurgias, terapias, etc.

Se a previsão da futura saúde psico-física parece muito sombria ou ameaçadora, em relação ao que se desejaria, então são acionados os mecanismos da Prevenção, os quais também agem sobre o mesmo bloco "Causas diretas de doenças".

Finalmente, se as condições de bem-estar e de qualidade de vida atuais estão abaixo do desejável, é a PS que deve intervir, agindo mais para cima, sobre o bloco "Causas indiretas da saúde/doença".

A Saúde Pública tradicional (a Atenção) e a Prevenção têm em comum o aspecto técnico. A atenção implica em oferecer cuidados médicos para a pessoa quando fica doente, é uma ação corretiva (remédio, cirurgia, ação médico-sanitária). A prevenção procura controlar e atenuar os riscos de se ficar doente. Ambas (Atenção e Prevenção) procuram atuar sobre as causas diretas das doenças.

A Promoção da Saúde se apoia mais no aspecto humano do que no técnico. Ela se dirige a desenvolver habilidades e a aumentar capacidades para a saúde.

No Brasil, começou-se a falar de Promoção da Saúde com mais ênfase na década de 1990, embora essa nova maneira de pensar e de agir em saúde tenha sido garantida pela Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) e incluída nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (artigo 198 da Constituição). A Constituição de 1988 tornou reconhecidos legalmente a saúde como um direito de todos e dever do Estado, a participação e o controle social no planejamento e nas ações governamentais. Os municípios foram instituídos como entes federados autônomos, cabendo aos "governos locais a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas e desempenho de funções de natureza local" (JUNQUEIRA, 1996).

A formulação do novo paradigma Promoção da Saúde é de fácil compreensão racional. Mas sua concretização é complexa, como as características sócio-culturais da realidade atual, e esbarra em questões que são inter-setoriais. E, como se viu, a PS engloba outros paradigmas que também são novos, tais como equidade, sustentabilidade, participação popular, parcerias, entre outros.

O paradigma "Promoção da Saúde" é uma nova maneira de interpretar as necessidades e as ações de saúde, passando de uma perspectiva "biológica, mecanicista, individual, específica", para uma perspectiva "contextual, histórica, coletiva, ampla" (PEREIRA, 2000). E é também uma nova maneira de agir em saúde: em lugar de apenas controlar fatores de risco e executar ações médico-curativas, também desenvolver novos modelos de atenção à saúde e ações políticas voltadas para a saúde coletiva, o que, no Brasil, é compatível com a Constituição e é garantido pelos princípios do SUS.

Como superar então essas dificuldades, de forma que os princípios da PS — previstos nas Cartas e Declarações das Conferências de Promoção da Saúde e pela OMS — sejam transformados em práticas consistentes e duradouras, as quais devem se materializar no SUS? E, principalmente, como tornar eficaz a participação social na formulação de Políticas Públicas locais e na elaboração, execução, avaliação e monitoramento de projetos e programas de intervenção?

Com isso, passa-se do aspecto conceitual da PS para o aspecto metodológico: práticas, planos de ação, estratégias, formas de intervenção e outros instrumentos metodológicos (CERQUEIRA, 1997). E é justamente no aspecto metodológico que se encontram as maiores dificuldades na condução e na realização desse novo paradigma, como, por exemplo, na eficácia e na efetividade dos programas de PS (UIPES, 2005).

Considerando-se: a tendência mundial relativa ao novo paradigma da Promoção da Saúde (sendo visto como a nova cultura da Saúde); a Constituição de 1988 e a criação do SUS (nova Política Pública de Saúde e novo Sistema de Saúde); o maior papel dos municípios nas Políticas Públicas; o crescimento do sentido de responsabilidade social e ambiental por parte do setor privado; o item "parceria entre setor público e setor privado" dos aspectos essenciais de PS que constam das Cartas e Declarações; e os aspectos metodológicos para a consolidação desse paradigma — foi escolhido, como tema para este projeto, um estudo de caso de políticas e práticas de PS desenvolvidas por uma empresa do setor privado na Grande São Paulo.

O que foi exposto até agora nos remeteu a procurar uma fundamentação que possibilitasse delinear alguns parâmetros para a análise e discussão de possíveis políticas e práticas de PS no setor privado. A fundamentação e as considerações decorrentes estão expostas nos capítulos seguintes.

## 2. CONTEXTOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

### 2.1 OS CONTEXTOS E A CULTURA PÓS-MODERNA

Com a finalidade de aprofundar este trabalho de pesquisa, foram examinados os contextos que a Promoção da Saúde (PS) deve contemplar, ao mesmo tempo em que ela deve ser considerada, nesses contextos, como meta. São eles os contextos mundial, nacional e local.

No contexto mundial, com o processo de globalização, diversos fatores anteriormente considerados como referentes a uma região mundial, país ou local nacional tornaram-se comuns a todos (os hemisférios, as regiões, os países, as cidades, os indivíduos). Exemplos facilmente lembrados são aqueles fatores decorrentes das estruturas e relações de produção e da economia. Quanto ao tema aqui abordado, um dos princípios da PS é o esforço internacional para a sua efetivação.

O contexto nacional deve considerar a história, a cultura, o meio ambiente e a população que nele vive. E, no Brasil a PS deve ser desenvolvida a partir do sistema nacional de saúde.

Além das considerações levantadas no contexto nacional e acrescentando as especificidades locais, o contexto local (no caso do Brasil e de seu sistema de saúde, o município) deve definir políticas e práticas de PS que correspondam e que atendam a essa realidade.

Os três contextos abordados coexistem e convivem (atuando reciprocamente e em conjunto), e podem reproduzir o sistema por eles composto ou desenvolver novas configurações que atendam às aspirações de seus atores. Para entender melhor os contextos da PS, serão apresentadas inicialmente algumas considerações sobre a cultura pós-moderna (CANEL, 2001).

A partir do fim dos anos cinqüenta do século passado, à medida que o mundo foi vivenciando uma época pós-industrial, essencialmente ligada ao esforço de guerra então recente, iniciou-se um novo período histórico – a Idade Pós-Moderna, com profundas transformações nos diversos setores sociais e nos indivíduos.

A nova realidade (hoje em processo de globalização) e as novas necessidades que a compõem têm sido gradativamente percebidas, equacionadas e, na seqüência, descritas ou teorizadas. Estes são tempos em que são construídas novas estruturas de pensamento reflexivo profundo (destacando-se aí crenças e valores). Tempos em que são construídos novos paradigmas éticos, morais e estéticos. Um paradigma é uma estrutura de pensamento. Um novo paradigma é uma forma de pensamento inteiramente diferente.

A realidade é composta por diversas estruturas de pensamento, de existência e de relações humanas de produção e de troca. E tudo coexiste e convive ao mesmo tempo. Ela é heterogênea, multifacetada, abarca contradições. É a cultura da diversidade. Dada a coexistência das diferenças, são possíveis vários níveis de entendimento dessa realidade, que é complexa, pela compreensão da relação dinâmica entre os vários elementos que a compõem.

São feitas construções de imagens (do que se imagina ser) da realidade. As imagens construídas correspondem ao aqui-agora, ao que pode ser decifrado ou compreendido da realidade (macro ou microscópica).

Disso decorre que não há mais “modelos” (fixos, únicos, imutáveis), quando se busca explicar ou atuar sobre os fenômenos da natureza ou com as questões humanas. Todos os estilos, correntes, linhas de pensamento e ação coexistem e podem ser aproveitados e decifrados. Em função de que? Do aqui-agora, da imagem construída (e que muda constantemente) da realidade em questão, dos meios que se percebe que se podem utilizar para encontrar soluções ou aos objetivos que se busca alcançar. Baseia-se assim, em pontos de referência para explicações, ações, intervenções (coletivas ou individuais).

A conjuntura coletiva é de mudanças rápidas e constantes; de ebulição e movimentos permanentes. O que é construído (os novos “modelos”, os paradigmas) tem como movimento seguinte sua superação, demolição e reconstrução.

Do que foi exposto sobre a cultura pós-moderna, as concepções pós-modernas das áreas da Educação, da Saúde (e da Educação em Saúde) devem possibilitar o entendimento de que educar e “curar” são processos de transformação contínua e realizados em conjunto (educador e educando; profissional de saúde e “cliente”).

As pessoas passam por situações estressantes e desconhecidas quanto ao perceber e ao agir adequadamente. Assim, cada questão ou necessidade que requeira uma intervenção de saúde deve atender às demandas atuais.

Considerando-se que o trabalho deve ser um meio de produtividade, realização pessoal e participação social, as pessoas precisam estar preparadas e atualizadas para uma nova maneira de ser cidadão, de estar na cultura e de encarar o trabalho.

As organizações passam hoje por uma revisão na maneira de administrar o negócio e as pessoas, decorrente da globalização da Economia, do impacto da tecnologia, dos conceitos de qualidade total e da acirrada competitividade empresarial. Assim, organizações e indivíduos deparam-se com as novas demandas atuais, quanto a equacionar produtividade e qualidade de vida. Delineia-se um convite a uma vida mais participativa, com ênfase nas responsabilidades de cada um, no complemento para o todo (na sua participação social).

Como se situa a Saúde neste mundo pós-moderno? Quais reformulações são necessárias para compreender esta área na nova cultura?

É possível considerar um aspecto dessa realidade, constituído pelas doenças e pelos sintomas. Esses são símbolos a serem decifrados e não apenas “eliminados” ou “curados”. Indicam que há uma alteração na auto-regulação, que é espontânea de qualquer organismo. Como todo símbolo, são um meio ou caminho, para um objetivo mais amplo, que é a manutenção e o desenvolvimento saudável do organismo (sempre entendido em sentido individual e/ou coletivo).

A sociedade atual apresenta problemas específicos para a PS. Entre eles, destacam-se questões relacionadas à urbanização, ao aumento da população idosa, ao uso de drogas, à violência civil e doméstica, às doenças infecciosas novas e re-emergentes, à degradação ambiental, ao uso irresponsável de recursos, ao aumento das diferenças entre grupos sociais, ao aumento da pobreza, às relações sociais em escala mundial, a acontecimentos locais moldados por eventos distantes, à



ineficiência do modelo biomédico para as doenças pós-modernas (LEFEVRE e LEFEVRE, 2004).

Num sentido amplo, a PS deve contribuir com os indivíduos e grupos na sua participação na cultura, de modo que estes produzam alterações positivas e significativas na vida pessoal, nos grupos a que pertencem, na cultura vigente e na compreensão da importância da qualidade de vida e da saúde como parte de seu cotidiano e do exercício da cidadania.

## 2.2 CONTEXTO MUNDIAL

Além das Cartas e Declarações sobre a PS, anteriormente citadas, foram realizados eventos e/ou produzidos alguns documentos que vieram apoiar as mesmas idéias, nos quais consta a PS ou sua contribuição enquanto novo paradigma fundamental. Alguns exemplos são citados a seguir.

Em junho de 1992, a cidade do Rio de Janeiro foi a sede da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CNUMAD), reunião que ficou conhecida como Rio-92. A ela compareceram delegações nacionais de 175 países.

Os compromissos específicos adotados pela Conferência Rio-92 incluem duas convenções, uma sobre Mudança do Clima e outra sobre Biodiversidade, e também uma Declaração sobre Florestas. A Conferência aprovou, igualmente, documentos de objetivos mais abrangentes e de natureza mais política: a Declaração do Rio e a Agenda 21. Ambos endossam o conceito fundamental de desenvolvimento sustentável, que combina as aspirações compartilhadas por todos os países ao progresso econômico e material com a necessidade de uma consciência ecológica. A Agenda 21 é um plano de ação para ser adotado global, nacional e localmente. Cada país desenvolve a sua Agenda 21 (BRASIL, 1992).

Assim, a **Agenda 21** estabeleceu a importância de cada país se comprometer a refletir, global e localmente, sobre a forma pela qual governos, empresas,

organizações não-governamentais e todos os setores da sociedade poderiam cooperar no estudo de soluções para os problemas sócio-ambientais. A Agenda 21 é um instrumento para conformar a sociedade industrial segundo um novo paradigma, pelo qual o conceito de progresso passa a significar qualidade, não apenas a quantidade, do crescimento. Nesse sentido, o documento da Agenda constitui, fundamentalmente, um roteiro para a implementação de um novo modelo de desenvolvimento que se quer sustentável quanto ao manejo dos recursos naturais e preservação da biodiversidade, equânime e justo tanto nas relações econômicas entre os países como na distribuição da riqueza nacional entre os diferentes segmentos sociais, economicamente eficiente e politicamente participativo e democrático.

Em setembro de 2000, a Assembléia Geral das Nações Unidas aprovou a **Declaração do Milênio** (também conhecida como "Objetivos do Milênio" ou "Metas do Milênio"), em que são indicados os propósitos das nações participantes para alcançar um mundo com mais paz, mais prosperidade e mais justiça (PNUD, 2007). Em seguida, essas intenções foram especificadas em objetivos e metas (e respectivos indicadores) para serem alcançados até 2015, tendo como comparação a situação em 1990. São 8 objetivos (completados por 18 metas), a seguir resumidos:

**Objetivo 1: Erradicar a pobreza extrema e a fome**

**Objetivo 2: Conseguir a universalidade do ensino fundamental**

**Objetivo 3: Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia da mulher**

**Objetivo 4: Reduzir a mortalidade infantil**

**Objetivo 5: Melhorar a saúde materna**

**Objetivo 6: Combater AIDS, malária e outras doenças**

**Objetivo 7: Garantir a sustentabilidade do meio ambiente**

**Objetivo 8: Incentivar uma associação mundial para o desenvolvimento**

Em agosto de 2006 foi realizado no Rio de Janeiro o evento conjunto do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e o 11º Congresso Mundial de Saúde Pública. Ao final do evento, foi emitida a **Declaração do Rio** (ABRASCO, 2006) que resume as idéias ventiladas naqueles congressos. Inicialmente é manifestada a preocupação com o fato de a globalização produzir um aumento das desigualdades sociais,

piorando a qualidade de vida e a saúde, o que, por sua vez, amplia mais as desigualdades. Na procura de um caminho que leve a melhor distribuição da prosperidade e a mais saúde, foram ressaltados os seguintes aspectos (grifos da autora):

- \* O acesso ao cuidado de saúde eficaz é um direito humano fundamental e uma **pre-condição para o desenvolvimento social e econômico**
- \* Todas as **desigualdades no acesso ao cuidado em saúde devem ser eliminadas**
- \* São necessárias mais pesquisas para melhor entender os **determinantes sociais de saúde** e as "causas das causas" do adoecimento, bem como avaliar políticas e intervenções
- \* Os resultados das pesquisas devem estar publicamente disponíveis e ser incorporados na formulação de políticas públicas e intervenções em saúde. Estas, por sua vez, devem ter a **promoção da saúde** como parte integral de seu projeto
- \* São necessários laços intersetoriais mais fortes entre as políticas públicas em geral e as de saúde, e **ligações efetivas com iniciativas governamentais, não governamentais e da sociedade civil**
- \* **A força de trabalho em saúde pública deve ser desenvolvida e fortalecida**
- \* O desenvolvimento dos sistemas de saúde deve ser alicerçado nas comunidades, garantindo o **apoio popular** e sua responsabilização frente ao povo a que servem
- \* As agências das Nações Unidas devem ter os meios necessários e se comprometer com **ações melhores, mais ágeis e eficazes**
- \* A solidariedade e responsabilidade globais são essenciais para que se faça frente ao enorme desafio de garantir que todo ser humano possa viver sua vida com respeito e dignidade, criando, desta forma, um futuro melhor para as próximas gerações

Segundo o relatório do *Intergovernmental Panel on Climate Change* de 2007, as últimas previsões dos cientistas dizem que: 1) as mudanças climáticas estão

ocorrendo com maior rapidez do que se previa antes; 2) é quase certo que a ação humana é responsável por essas mudanças. O que se prevê, para as próximas décadas: aumento da temperatura média na Terra, derretimento de geleiras, elevação do nível do mar, maior incidência de tempestades e furacões, irregularidades nas chuvas, menor rendimento da agricultura, crises no abastecimento da água. Quase metade da população do mundo vive em cidades; essas são responsáveis por três quartos da emissão dos gases que contribuem para o efeito estufa (IPCC, 2007).

Conclui-se que é necessário regulamentar as atividades produtivas e as ações humanas de modo geral, para diminuir a degradação ambiental que pode ser ou é produzida e que vai afetar a saúde. A atenção ao meio ambiente está pautada na agenda da PS como um dos seus tópicos centrais.

### 2.3 CONTEXTO BRASIL

Nos países emergentes e principalmente no Brasil, a PS depara-se com um difícil enfrentamento, uma vez que convivem problemas resultantes de transformações sociais e culturais (como o uso do tabaco), com aqueles característicos da pobreza (como a desnutrição) e aqueles característicos de países ricos (como a obesidade).

Quanto ao contexto nacional, foram estudados documentos essenciais que podem servir de embasamento de políticas nacionais de PS e para o sistema nacional de saúde, mencionados a seguir.

A **Agenda 21** brasileira tem como ações prioritárias os programas de inclusão social (com o acesso de toda a população à educação, saúde e distribuição de renda), a sustentabilidade urbana e rural, a preservação dos recursos naturais e minerais e a ética política para o planejamento rumo ao desenvolvimento sustentável. Mas o mais importante dessas ações prioritárias, segundo este estudo, é o planejamento de sistemas de produção e consumo sustentáveis contra a cultura do desperdício (BRASIL, 1992).

O Índice de Desenvolvimento Humano - IDH representa uma maneira padronizada de apresentar globalmente, com um só número, o nível de renda, os graus de alfabetização e de educação e a esperança de vida. O índice é calculado anualmente pela ONU para cada país (PNUD 2006a, p.520 e p.1071).

Um IDH menor que 0,5 classifica o país como de baixo desenvolvimento humano; entre 0,5 e 0,8, de médio desenvolvimento; acima de 0,8 como de elevado desenvolvimento humano. Em 2006, o Brasil alcançou o índice de 0,792, classificando-se como o 69º colocado entre 177 países. A decomposição do IDH 2006 em seus componentes mostra a posição relativa do Brasil quanto a renda, educação e saúde, separadamente, como indicado no Quadro 2.1.

**Quadro 2.1 - Valores médios dos componentes do IDH 2006**

<b>Região</b>	<b>IDH renda</b>	<b>IDH educação</b>	<b>IDH saúde</b>
média dos países ricos	0,96	0,98	0,90
média mundial	0,75	0,77	0,71
média da América Latina	0,73	0,87	0,79
Brasil	0,74	0,88	0,76

Fonte: PNUD, 2006b

Verifica-se que, quanto à saúde, o Brasil ocupa uma posição um pouco acima da média mundial, mas inferior à média da América Latina (PNUD, 2006b), e mais ainda em relação aos países ricos. Isso leva a acreditar na necessidade de realizar ações mais efetivas na área da saúde, e principalmente em PS, a fim de exercer uma influência mais direta nos componentes que formam o IDH, para que possam melhorar cada vez mais.

O Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável - DLIS é uma maneira participativa de resolver problemas sociais e econômicos de localidades pobres, e é patrocinado pelo Governo Federal através do Programa Comunidade Ativa. A idéia de base está em fazer com que a população participe da escolha dos objetivos e da

administração do esforço governamental para melhorar a situação local. É criado um Fórum de Desenvolvimento Local, que reúne lideranças locais (políticas, sociais e até informais), representante do Prefeito, representante do SEBRAE. O Fórum faz uma análise dos problemas locais, procura fazer um diagnóstico, esforça-se para aumentar a capacidade de gestão da população local, monta uma Agenda de Prioridades Locais. A Agenda deve ser negociada com os parceiros da Comunidade Ativa (governos federal, estadual e municipal, ONGs brasileiras e internacionais, empresas e empreendedores locais). O objetivo não é reivindicar grandes obras, mas incentivar aquelas ações capazes de, localmente, melhorar a organização da sociedade e estimular empreendimentos econômicos e sociais. Cada Agenda aprovada resulta num Pacto de Desenvolvimento Local, um contrato em que cada parceiro se compromete a executar as ações pelas quais ficou responsável (SECS, 2002).

A Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS, estabelecida pelo Governo Federal (Ministério da Saúde) é um plano político com visão de intersectorialidade, procurando a integração entre as diversas áreas que atuam na Saúde, o Governo e a sociedade civil, visando a estabelecer entre todos o compromisso e a coresponsabilidade de melhorar a qualidade de vida da população brasileira. Um bom resumo do que seja o PNPS encontra-se em ABRASCO (2007).

O propósito da PNPS é estimular a mudança do modelo de atenção, passando do modelo antigo (baseado em conhecimento biológico, na ação médica e na atenção individualizada e fragmentária) para um novo modelo (que procura ampliar as ações de PS, utilizando uma agenda estratégica integrada entre os gestores e os serviços). Pretende-se, com isso, mais do que reduzir a vulnerabilidade da população às doenças e aos agravos à saúde, manter e proteger a saúde humana. As diretrizes gerais da PNPS são: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, participação social, intersectorialidade, educação em saúde, sustentabilidade.

Os objetivos da PNPS são: estimular a elaboração de políticas e ações integradas que facilitem o acesso da população a modos de vida mais saudáveis; definir mecanismos para acompanhar e avaliar as ações de PS; incentivar e desenvolver estudos e pesquisas em PS; difundir o conhecimento da PS entre

gestores, profissionais da saúde e a população em geral; incentivar a preservação do meio ambiente; procurar fazer com que a PS seja o elemento integrador entre os serviços de saúde e o estabelecimento de políticas públicas saudáveis.

O movimento **Cidade Saudável**, iniciado no Canadá no anos 1970, estendeu-se logo à Europa e mais tarde veio para a América Latina. A idéia atrás do conceito de cidade saudável é sempre aquela da PS, segundo a qual a saúde é melhorada pela modificação do estilo de vida, do ambiente, das condições sociais e dos fatores econômicos da população. Adicionalmente, dá-se ênfase a que os atores da transformação urbana sejam o governo local, as organizações locais, o setor privado e a comunidade urbana de modo geral (WESTPHAL, 2000a; 2000b).

No Brasil, o movimento está centrado em São Paulo, onde atua o Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades e Municípios Saudáveis - CEPEDOC, que é uma sociedade civil, sem fins lucrativos, constituída para funcionar como órgão científico de apoio ao ensino, à divulgação, pesquisa e prestação de serviços à comunidade. O Centro está vinculado à Faculdade de Saúde Pública da USP.

São objetivos do Centro: promover estudos e pesquisas; colaborar com entidades científicas, de ensino e pesquisa; fornecer à comunidade informações, produtos e serviços relacionados ao Movimento Cidades e Municípios Saudáveis; levantar, organizar e divulgar documentação bibliográfica relacionada ao tema Cidades e Municípios Saudáveis e afins; publicar, ou tornar conhecidos, trabalhos nacionais e internacionais sobre Cidades e Municípios Saudáveis e afins; promover cursos e reuniões para contribuir para a formação e para o aperfeiçoamento de pessoal ligado à questão de Cidades e Municípios Saudáveis e afins. Nos projetos que são desenvolvidos, visando a criação de municípios saudáveis, a nova cultura, ou o novo paradigma da PS, constitui o eixo orientador. (CEPEDOC, 2006; 2007)

Em relação à Saúde, na **Constituição** de 1988 (BRASIL, 1988) as ações da PS já apareciam previstas em alguns artigos:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à 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 (Art. 196).

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (Art. 197).

Num artigo publicado na revista *The Economist* (UNGER, 2007), o jornalista B. Unger pergunta: por que o Brasil — democrático, estável e rico de recursos — tem um desempenho social tão mau? Procurando respostas à sua pergunta, Unger alinha estas considerações: que coexistem duas moralidades no Brasil, uma hierárquica e com tendência a incrementar desigualdades sociais, a outra mais igualitária. E parece que até agora a primeira moralidade tem predominado sobre a outra. Ao lado de um legalismo muito rígido encontra-se uma corrupção crescente; as reservas econômicas têm aumentado, mas as taxas de juros são altas; um setor privado muito ativo tem que conviver com um aparelho estatal esclerosado; a riqueza crescente está acompanhada de pobreza também crescente, aumentando a distância entre ricos e pobres; o sistema educacional público está falido; finalmente, o maior obstáculo ao progresso parece ser o próprio Estado.

As considerações feitas por Unger indicam que, no caso do Brasil, os vários aspectos alinhados conduzem ao seguinte questionamento: esses são fatores diretamente ligados à questão da falta de vontade política, a um exercício precário de cidadania, à dificuldade de se fazer valer direitos individuais e coletivos. Isso resulta em políticas públicas que não atendem às reais necessidades dos diferentes grupos, mas que acabam por privilegiar alguns deles (grupos mais organizados ou com maior poder junto ao Estado) e se distanciam de aspectos fundamentais como equidade, justiça social e democracia.



## 2.4 CONTEXTO SÃO PAULO

Esse contexto está abrangendo o Estado e principalmente a Grande São Paulo. Foram pesquisados documentos que podem servir de embasamento para a definição das políticas e práticas de PS no nível estadual e local. Tais documentos são mencionados a seguir.

O **Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS** é um indicador semelhante ao IDH da ONU, mas calculado especificamente para os municípios do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2006). E esse índice não se refere à responsabilidade social de empresas, mas reflete a responsabilidade social do próprio governo, especialmente em nível municipal. Como consta do próprio documento: "O IPRS – Índice Paulista de Responsabilidade Social é um instrumento que a Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo oferece aos gestores públicos, com o objetivo de contribuir para a definição do futuro dos cidadãos paulistas".

A criação e a divulgação desses indicadores tem uma perspectiva de poder melhor orientar a implementação de Políticas Públicas e incluir as políticas e as práticas da PS.

A metodologia e os cálculos são executados pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade), ligada à Secretaria de Economia e Planejamento do Governo do Estado de São Paulo (SEADE, 2004). Embora os componentes básicos do IPRS sejam os mesmos do IDH (renda, longevidade, educação), a composição do índice final (sintético) é um pouco diferente, e é a seguinte (entre parênteses consta o peso de cada sub-item dentro do ítem).

### 1. Riqueza Municipal

- 1.1 Consumo residencial de energia elétrica (44%)
- 1.2 Consumo de energia elétrica na agricultura, no comércio e nos serviços (23%)
- 1.3 Remuneração média dos empregados com carteira assinada e do setor público (19%)
- 1.4 Valor adicionado fiscal *per capita* (14%)

## 2. Longevidade

- 2.1 Mortalidade perinatal (30%)
- 2.2 Mortalidade infantil (30%)
- 2.3 Mortalidade de adultos de 15 a 39 anos (20%)
- 2.4 Mortalidade de adultos de 60 anos e mais (20%)

## 3. Escolaridade

- 3.1 Porcentagem de jovens de 15 a 17 anos que concluíram o ensino fundamental (36%)
- 3.2 Porcentagem de jovens de 15 a 17 anos com pelo menos quatro anos de escolaridade (8%)
- 3.3 Porcentagem de jovens de 18 e 19 anos que concluíram o ensino médio (36%)
- 3.4 Porcentagem de crianças de cinco e seis anos que freqüentam a pré-escola (20%)

Os municípios foram classificados em cinco grupos: o Grupo 1 contém os municípios com maiores índices de riqueza, longevidade e escolaridade; os grupos sucessivos apresentam índices cada vez menores, e o Grupo 5 é aquele com os piores índices nessas três categorias.

Uma visão típica da situação no início do século XXI é mostrada na Figura 2.1.



Figura 2.1 - Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS, nos vários municípios do Estado (SEADE, 2004). As áreas mais claras correspondem aos municípios com melhor desempenho quanto ao IPRS; quanto mais escura a área do município, pior sua classificação no IPRS.

Segundo o Plano de Ação Plurianual da Prefeitura de São Paulo - PPA 2006-2009, a configuração do SUS no município de São Paulo tem características singulares em relação ao resto do País: diversos sistemas de saúde acabam funcionando sobrepostos e, por concentrar serviços de maior complexidade tecnológica, a cidade se responsabiliza pelo atendimento da demanda de outros Municípios do Estado de São Paulo e mesmo de outras Unidades da Federação (PMSP, 2005).

Ainda segundo a Prefeitura de São Paulo, embora os seguros e planos de saúde tenham grande peso, estimado em 47% da cobertura para a população paulistana, a utilização de serviços é extremamente diferenciada por segmentos. A atenção à saúde é impactada pela forte demanda por atendimento especializado. Esse conjunto de elementos acaba por se traduzir numa atenção à saúde caracterizada pela heterogeneidade ainda mais marcada que a registrada a nível nacional. Ao mesmo tempo que procedimentos de altíssimo custo e complexidade são realizados pelo SUS, tanto para populações de alta como de baixa renda, diversos procedimentos simplesmente não são realizados por deficiências no sistema. Estabelece-se, assim, um sistema marcado por discontinuidades e problemas operacionais. A construção

de um aparato regulador para coordenar ações e estabelecer as formas de acesso ao sistema é elemento crucial para o desenvolvimento do SUS.

Para se alcançar este nível de organização, e na busca da atenção integral, estabeleceu-se o desenvolvimento de um sistema de regulação médica, com 5 Centrais Regionais de Regulação responsáveis por um território/população, além da Central Municipal, em conjugação de esforços com a Secretaria Estadual de Saúde.

As características da demanda por assistência à saúde apresentam profunda diversidade, dado que ainda persistem os agravos típicos de más condições de saneamento básico e debilidades derivadas da situação nutricional. É importante ressaltar o crescimento da população idosa (60 anos e mais) que, em 1991, representava 8% do total. Em 2000, este percentual se elevou a 9,3%, sendo que, na estimativa realizada pela Fundação SEADE para 2005 já se eleva a 10%, totalizando mais de um milhão de habitantes nesta faixa etária (PMSP, 2005).

No que diz respeito à saúde, as diretrizes gerais do PPA são: reforço da capacidade de atendimento da atenção básica e da rede hospitalar, para redução da mortalidade infantil e materna; incremento do Programa de Saúde da Família; maior disponibilização de medicamentos; maior integração com as demais instituições públicas; incremento da capacidade de atendimento especializado; aprimoramento da gestão do sistema, mediante estruturação de redes hierarquizadas entre os níveis de assistência e as esferas de governo; maior conscientização e desenvolvimento dos Recursos Humanos; reforço das mudanças gerenciais e de sistemas de informação e regulação.

De acordo com essas diretrizes, conclui-se que há uma grande valorização do paradigma antigo e poucas indicações ou sinais de valorização da PS, no município de São Paulo.



### **3. ATORES DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL**

#### **3.1 ATORES**

Em continuação à fundamentação do tema e dos propósitos deste trabalho, o tópico seguinte e complementar foi identificar os atores da Promoção da Saúde (PS), ou seja, os setores sociais, grupos, indivíduos, que atuam nos diversos contextos descritos no capítulo anterior. Este capítulo aborda os atores na configuração dos setores sociais, tendo em vista o tema desta pesquisa.

No tratamento das questões sociais (como da Saúde ou da PS), os atores costumam ser divididos em três setores. O Primeiro Setor é o Estado, ou o governo, que é o principal responsável pelos serviços de caráter público, e que utiliza dinheiro público para fins públicos. O Segundo Setor é o setor privado (principalmente o setor produtivo), ao qual, em princípio, não caberia atuação nas questões públicas. Utiliza dinheiro privado para fins privados.

A dificuldade crescente do Estado em dar conta de suas responsabilidades no tratamento das questões sociais levou o setor privado a oferecer sua colaboração ao Governo, dando origem ao Terceiro Setor: organizações sem fins lucrativos, não ligadas a governos, que prestam serviços de caráter público (entidades da sociedade civil). Essas organizações devem utilizar dinheiro, que pode ser de origem pública ou privada, sempre para finalidade pública.

#### **3.2 SETOR PÚBLICO**

Sabe-se que, anteriormente à Constituição de 1988, o modelo de assistência à saúde vigente no Brasil era o modelo privativista, que se caracterizava pela ênfase na cura individual sobre a ação coletiva, privilegiando a população urbana. Os cidadãos inseridos no mercado de trabalho tinham acesso ao INAMPS, mas o resto da

população era tratada como indigente e era atendida por entidades filantrópicas. Esse modelo assistencial também facilitou o surgimento e a consolidação dos aspectos mais industriais da medicina e da farmácia. Mas depois, as crises sucessivas na área previdenciária e de saúde fizeram com que, na segunda metade da década de 1980, juntamente com o processo de redemocratização do país, viesse a ser discutido um modelo mais apropriado para a saúde.

Das discussões e negociações resultou que a Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) tornou reconhecida legalmente a saúde como um direito de todos e dever do Estado, "garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (artigo 196), conforme mencionado anteriormente.

Conclui-se que a nova Constituição formalizou uma nova Política Pública (PP) da Saúde e um novo sistema de saúde (SUS), dentro de um processo de redemocratização do Estado e da Saúde, através da participação e do controle social.

Segundo o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - Conasems, quando se descreve um sistema de saúde é necessário considerar sua estruturação em três aspectos: o espaço jurídico, base legal para a PP; o espaço institucional, modelo de gestão, arcabouço organizacional para efetivar princípios e diretrizes; espaço operativo, modelo de atenção, processo de prestação de serviço (CONASEMS, 2006).

As bases do **espaço jurídico** foram estabelecidas pela nova Constituição.

No **espaço institucional**, a nova política de saúde tem como diretrizes para o SUS: a direção única em cada esfera de governo; a descentralização; a regionalização e os sistemas locais de saúde, sendo os municípios a base do sistema; a participação social, através dos Conselhos de Saúde, exercendo o controle público sobre o setor.

A Lei Orgânica do Município de São Paulo, de 1990, dispõe que o município, com a participação da comunidade, garantirá o direito à saúde por meio de Políticas Públicas que objetivem a redução e a busca da eliminação do risco de doenças e outros agravos. As localidades (comunidades, cidades) oferecem oportunidades práticas para a implementação de estratégias abrangentes e inovadoras. Segundo Castells e Borja, citados por VIANNA (1998), as cidades "passaram a representar o

papel de polo central na articulação entre a sociedade civil, a iniciativa privada e as diferentes instâncias do Estado”.

Quanto ao **espaço operativo**, o SUS tem como diretrizes, entre outras:

- \* que as ações de saúde garantam a universalidade da cobertura (que estejam disponíveis e correspondam às necessidades locais) e do acesso (levando-se em conta os aspectos geográficos, o financiamento, a cultura local, além de o sistema ser resolutivo e permanente);
- \* a integralidade quanto à vigilância interna ao sistema (através de ações de prevenção primária, secundária e terciária) e externa (pela integração com outros setores e parcerias);
- \* a base do sistema e sua funcionalidade estão assentadas na atenção básica e na resolução das questões de saúde no nível local.

Mesmo com a criação do SUS e o ideário constitucional relativo à nova PP de Saúde e ao novo sistema de saúde, o perfil atual desse sistema indica diversos problemas, tais como os citados por COHN e ELIAS (2003) e a seguir descritos:

- \* o sistema ainda é altamente centralizado (o nível federal define diretrizes e prioridades);
- \* é acentuadamente privatizado (cerca de 70% dos serviços);
- \* está distante das reais necessidades de saúde da população;
- \* tem uma estrutura complexa sem integração e hierarquização dos serviços;
- \* tem uma divisão de trabalho entre o setor público (que realiza vacinação em massa e cuida de moléstias transmissíveis, suprindo o que não interessa ao setor privado) e o setor privado da saúde (que realiza consultas e atos médicos individuais, mais complexos e onerosos e, portanto, mais rentáveis);
- \* apresenta acentuadas distorções nas suas formas de financiamento, com uma curva descendente em saúde pública e ascendente em assistência médica; o financiamento é predominantemente público e a prestação de serviços, principalmente a hospitalar, é privada; há desperdícios de recursos e muitas fraudes; o sistema privilegia a assistência mais sofisticada, penalizando financeiramente as mais simples (p. ex., remunera melhor os procedimentos laboratoriais do que os serviços profissionais);



- \* possui grande concentração de equipamentos nos centros urbanos mais ricos e industrializados;
- \* apresenta discrepância de acesso ao atendimento entre a população urbana e a rural;
- \* permite, ao setor privado da saúde, impunidade quanto à qualidade de serviços e prestação de contas;
- \* apresenta um sistema público de serviços sucateado, desaparelhado, com baixo nível de resolutividade;
- \* existe uma profusão de competências e indefinições entre as esferas municipal, estadual e federal.

Apesar de todos esses problemas, o SUS tem também muitos sucessos (CONASS, 2006). Por exemplo, na saúde mental estabeleceu-se uma política eficaz de desospitalização e de humanização da atenção aos portadores de sofrimento mental, e disso resultou um aumento no número de atendimentos psico-sociais, enquanto o número de internações diminuiu. Outros programas do SUS alcançaram níveis iguais ou até superiores aos dos países ricos, como aqueles relacionados a vacinação, transplantes e HIV/AIDS.

Ao lado dos sucessos, o SUS também defrontou-se com dificuldades que resultaram em alguns insucessos. O objetivo da universalização da saúde, como expressa no art. 196 da Constituição, não foi alcançado.

Nos sistemas de saúde, como encontrados nas nações do mundo, existem duas formas de enfrentar o problema: a universalização e a segmentação (CONASS, 2006). A universalização consiste em oferecer a todos os cidadãos, independentemente de sua qualificação, uma cesta básica de serviços de saúde bastante ampla, com financiamento público. A escolha desses serviços faz-se em consideração de sua desejabilidade em termos sanitários ou sociais. A partir daí, as pessoas (ou as empresas) podem contratar os serviços dos sistemas privados, para completar o atendimento de suas necessidades. Alemanha, Canadá, Espanha, são exemplos de países que adotaram esse esquema. A segmentação dos serviços de saúde, ao contrário, consiste em separar grupos populacionais, cada um com seu sistema próprio de atendimento, financiamento e regulação. O exemplo mais conhecido é o dos Estados Unidos: a maior parte da população utiliza serviços

privados, pagos pelo próprio cidadão ou pela empresa onde ele trabalha; os pobres têm acesso ao sistema público Medicare; os idosos podem utilizar o sistema público Medicaid.

No caso do SUS, verifica-se a seguinte situação: o preceito constitucional estabelece uma política de universalização, mas a realidade alcançada é a de segmentação. Uns 30% da população utiliza exclusivamente o SUS; 60% utiliza o SUS e também sistemas privados, e o restante 10% é usuário apenas dos sistemas privados (CONASS, 2006).

Entretanto, no site do SEADE (2004) estão as seguintes informações sobre o atendimento do SUS: a maioria da população brasileira (76%) não possui plano de saúde; no Estado de São Paulo, a situação é um pouco melhor, pois a porcentagem da população sem plano de saúde diminui para 62%. Os valores anteriores são valores totais; dividindo-se a população em quintis de renda, verifica-se que no quintil mais pobre 98% da população não tem plano (92% em São Paulo), e no quintil mais rico apenas 36% da população não tem plano (23% em São Paulo).

Resultados de uma pesquisa mais recente foram publicados em 2007 pela revista Carta Capital, conduzida pela equipe Vox Populi / Carta Capital / Band. No âmbito nacional, resulta que 68% dos brasileiros entrevistados, quando estão com problemas de saúde, procuram o SUS; 20% procuram um médico de seu plano de saúde; 10% procuram um médico particular; e o restante toma outra atitude ou não respondeu à pesquisa (CARTA CAPITAL, 2007).

Os segmentos da população sem plano de saúde recorrem ao SUS, necessariamente, para ter serviços de saúde. Considerando-se que muitos procedimentos médicos e laboratoriais mais caros são excluídos dos planos, mas são executados pelo SUS, conclui-se que a parcela da população atendida pelo SUS é ainda maior do que as porcentagens anteriores sugerem (CONASS, 2006).

A existência da segmentação também favorece a iniquidade social na saúde. De fato, o segmento populacional que utiliza tanto o SUS como os sistemas privados o faz da seguinte forma: para procedimentos baratos, são utilizados os serviços privados; para procedimentos de alta densidade tecnológica, muito mais caros, os usuários recorrem ao SUS (porque os planos de saúde não os oferecem, ou porque a qualidade desses serviços no SUS é considerada melhor). Mas o contrário não

acontece: os usuários costumeiros do SUS não podem procurar planos privados para serviços mais caros ou melhores. Com isso o SUS é onerado, mas o segmento populacional que é dessa forma atendido não contribui para que, no plano político, haja uma melhor distribuição de verbas para a saúde. Há ainda subsídios fiscais para a população de maior renda, como o desconto com despesas de saúde na declaração de imposto de renda, que resulta numa renúncia fiscal do Estado (CONASS, 2006).

Ainda segundo o CONASS (2006), um indicador de quanto o sistema de saúde de um país se aproxima, ou se afasta, da universalidade dos serviços, é a porcentagem do gasto público em saúde em relação à totalidade (do gasto público, mais gasto privado) que o país gasta com a saúde. Se essa porcentagem for maior do que 70%, o sistema pode ser considerado mais universalista. Se for muito menor, será segmentado. Em países como Canadá, França, Alemanha, Espanha, Suécia, Inglaterra, tal porcentagem se aproxima ou supera os 70%. No Brasil, é da ordem de 45%, mostrando que aqui predomina a segmentação.

No mundo inteiro, o gasto em saúde tende a aumentar, por vários motivos. As pessoas vivem mais, e necessitam de mais cuidados quando mais velhas e também estão mais sujeitas a doenças crônicas. Os avanços tecnológicos na área médica continuamente proporcionam melhores procedimentos, mas esses são também cada vez mais caros. As indústrias biomédicas e farmacêuticas continuamente oferecem novos produtos e tecnologias e pressionam pela sua compra.

Como então modificar a situação? Certamente, o país deve gastar mais em saúde, mas não é só isso: também é reconhecido que deve gastar melhor, mais criteriosamente. E aí torna-se fundamental a contribuição da PS, que pode fornecer o ideário de um novo paradigma.

É necessária, no entanto, uma reorganização do atual modelo de atenção, de modo que o SUS passe a reconhecer a PS e a atenção básica, como norteadores desse modelo de atenção. Na prática cotidiana, o SUS executa ações curativas ou seja, a política de saúde ainda vigente está dentro da concepção do modelo biomédico. Esse modelo é, ainda, assistencial e centrado no hospital.

É urgente modificar o quadro atual de recursos humanos (predominantemente composto por médicos e pessoal de nível médio) para que sejam incluídos os demais profissionais necessários ao novo modelo de atenção que, por princípio, é

multiprofissional e transdisciplinar. E adicionalmente, manter programas permanentes de desenvolvimento profissional dos recursos humanos existentes. É preciso, ainda, melhorar o sistema de informação e a capacidade administrativa.

### 3.3 SETOR PRIVADO

A partir da última década, tem emergido um novo sentido de responsabilidade social e ambiental nas empresas privadas do país, e que se manifesta principalmente por meio de organizações civis. Essas organizações têm feito trabalhos práticos, com contribuições significativas, para realizar mudanças positivas no âmbito de questões sociais. Exemplos dessas organizações serão descritos mais adiante, neste item. No capítulo 7, será apresentado um panorama mais amplo das políticas e práticas em saúde em empresas do setor privado no contexto de responsabilidade social empresarial.

De um modo geral, a tarefa de desenvolver o bem estar da população pode ser encarada de diversos pontos de vista. Segundo FISCHER (2004) existem duas posições quanto à **responsabilidade social das empresas**:

1) **Liberalismo econômico clássico**, defendido por economistas como FRIEDMAN (1970). De acordo com essa corrente de pensamento, a tarefa de prover bem estar à população é dever do Estado: o Estado recolhe impostos e através deles cumpre suas funções sociais (educação, saúde, assistência social, transporte, entre outras), acompanhando as diretrizes de suas políticas públicas. As empresas devem restringir seu papel a produzir riqueza (na forma de produtos e serviços), multiplicar o capital investido (lucro), gerar empregos para realizar a produção e a comercialização. Os impostos pagos pelas empresas deverão financiar os serviços básicos oferecidos pelo governo. Os salários justos deverão acionar o crescimento do mercado. A reinversão do capital multiplicado dará equilíbrio econômico e justiça social.

Essa tese parece, à primeira vista, ser por demais míope e egoísta. Entretanto — argumentam seus defensores — os benefícios sociais seriam obtidos indiretamente, através dos salários e dos impostos pagos, sem envolvimento direto da empresa no processo de distribuição social, pois o governo está aí justamente para utilizar os impostos pagos para melhorar o bem estar do povo, não cabendo às empresas fazer esse papel. Entretanto, na prática resultou que o capital acumulado aumentou as distâncias sociais, reforçou a má distribuição da renda, favoreceu a monopolização e a cartelização (FISCHER, 2004).

2) **Cidadania corporativa** (responsabilidade social da empresa privada em relação ao bem-estar da sociedade). As empresas devem ser responsáveis pelo impacto que elas geram no meio ambiente e na comunidade. Quanto mais globalizada a economia, mais importante é o impacto. É inevitável que a empresa tenha de assumir um papel consciente e ativo em suas relações com a sociedade. A responsabilidade social passa a ser uma das funções a serem administradas pela empresa. Especialmente nos países mais desenvolvidos, o mercado exige boa reputação e integridade das empresas. No Brasil, essa exigência começa também a se manifestar.

De fato, a tecnologia da informação permitiu tornar muito visível o lado social do comportamento empresarial, e isso pressionou as empresas a dar mais atenção a assuntos como preservação do meio ambiente, renovação de recursos naturais, direitos do consumidor, redução do déficit social. Foi se difundindo a prática, entre as empresas, de iniciar e depois manter programas de cunho social ou comunitário. Começaram a surgir formas mais organizadas e abrangentes de filantropia empresarial, já que o termo "filantropia" foi perdendo sua original conotação um tanto pejorativa e foi ganhando maior respeitabilidade.

Embora os beneficiários dessas atividades fossem inicial e principalmente os empregados da empresa e seus familiares, em muitos casos as atividades se estendiam à comunidade em que a empresa estava inserida. Se a empresa era de grande porte, a abrangência de sua atividade social ultrapassava os limites do município e podia chegar a ter caráter nacional.

São encontradas duas posturas dos empresários em relação à questão da responsabilidade social:

a) as ações de cunho social são consideradas como um investimento social, um bem em si mesmo, gerador de resultados para a comunidade ou a população-alvo;

b) as ações de cunho social são consideradas como um investimento negocial cujo retorno se dá na imagem da marca e no desempenho comercial do produto.

As duas posturas não são necessariamente conflitantes, podem coexistir. Mas se, numa parceria, os parceiros adotam posições diferentes e há falta de transparência das intenções não explicitadas, a parceria fracassará. Para tornar possível a uniformização de atitudes e de intenções, é útil um trabalho de intermediação feito por organizações sociais (FISCHER, 2004).

Segundo Mark Kramer (NESTLE, 2006a, p. 5), certa corrente de empresários ou corrente econômica reconhece que a economia deve ser sólida para que seus negócios prosperem mas, ao mesmo tempo, uma economia sólida pressupõe uma sociedade bem estruturada. As pessoas precisam ter recursos para comprar os produtos ou os serviços que as empresas oferecem; as empresas precisam de empregados e colaboradores que sejam saudáveis e de boa instrução. É isso que acontece numa sociedade sadia sustentada por uma economia forte. Enfim, a empresa e a sociedade precisam uma da outra. Numa sociedade democrática, o governo também participa dessa interação empresa-sociedade. Tal interação, ou interdependência, entre empresa e sociedade incentiva as empresas a participar do desenvolvimento da sociedade mais direta e profundamente do que simplesmente pagando salários e impostos. Origina-se aí a idéia da responsabilidade social corporativa.

Há que se considerar que as empresas podem afetar o meio ambiente, com muita frequência até de forma destruidora, assim como podem afetar também o meio social, de forma boa, ou má (como o trabalho escravo, a corrupção). A responsabilidade social corporativa vai então cuidar desses aspectos da ação empresarial

O que se tem observado é que, nos Estados Unidos e na Europa, a posição mais freqüentemente encontrada, quanto à ação social das empresas, é uma posição

intermediária entre aquelas acima mencionadas. Embora todo empresário reconheça que o objetivo principal de uma empresa seja o de gerar lucro — principalmente porque sem isso a própria empresa não sobreviveria — muitos dirigentes reconhecem que as atividades empresariais não se restringem a isso e abraçam também o aspecto social. Quanto significativo é esse envolvimento varia de empresa para empresa e de dirigente para dirigente (não são homogêneas a política, a prática e a visão econômica-ideológica).

Nos USA tem sido comum as grandes empresas (e os grandes empresários) manterem fundações que tratam de problemas sociais, culturais, da proteção ambiental e semelhantes. Segundo informa a revista L'Express, das 60 mil fundações lá existentes, 2.500 foram criadas por empresas ou empresários. Na Europa também já começou um movimento semelhante, embora em proporções mais modestas. A Alemanha já possuía (em 2006) 15 mil fundações, das quais 1500 eram empresariais; na França são apenas 2200, delas apenas 200 provenientes da iniciativa empresarial. Mas esse número já é representativo do progresso: em 2001, a França tinha apenas 67 fundações empresariais (L'EXPRESS, 2006).

Além de acompanhar o movimento mundial de responsabilidade social, os empresários se deram conta de que uma fundação beneficente é um poderoso instrumento de estratégia mercadológica e de formação de imagem. Embora muitas empresas e empresários tivessem certa tradição em praticar beneficência no sentido de filantropia e do mecenato, essas ações eram feitas em surdina e quase que anonimamente. Os observadores mais cínicos comentavam que essas práticas serviam principalmente para acalmar a dor de consciência dos empresários. Mas as fundações levam o nome da empresa, ou de seu dono; seus atos e as repercussões de seu trabalho aparecem publicamente. Se esse trabalho for bom, a imagem da empresa resulta muito reforçada. E isso é ótimo para os negócios (L'EXPRESS, 2006).

O crescente movimento de responsabilidade social das empresas se manifesta também no Brasil, inicialmente trazido pelas filiais das multinacionais aqui estabelecidas, e agora com participação também de empresas nacionais. Surgiram também organizações para ajudar os empresários a coordenar o trabalho de responsabilidade social, servindo como fórum de discussão e como geradoras de trabalhos orientativos. Uma dessas organizações é o **Instituto Ethos** de Empresas e

Responsabilidade Social, "uma organização não-governamental criada com a missão de mobilizar, sensibilizar e ajudar as empresas a gerir seus negócios de forma socialmente responsável, tornando-as parceiras na construção de uma sociedade sustentável e justa". O Instituto tem mais de mil associados, que são empresas que têm como característica principal "o interesse em estabelecer padrões éticos de relacionamento com funcionários, clientes, fornecedores, comunidade, acionistas, poder público e com o meio ambiente" (ETHOS, 2006b).

O Instituto Ethos assim define a responsabilidade social empresarial (ETHOS, 2005, p. 11):

"Responsabilidade social empresarial é a forma de gestão que se define pela relação ética e transparente da empresa com todos os públicos com os quais ela se relaciona e pelo estabelecimento de metas empresariais compatíveis com o desenvolvimento sustentável da sociedade, preservando recursos ambientais e culturais para gerações futuras, respeitando a diversidade e promovendo a redução das desigualdades sociais. A organização cidadã, portanto, não é apenas geradora de riqueza e de oportunidades de emprego. Passa a ser considerada como um recurso para o desenvolvimento e a promoção da cidadania, sendo avaliada não apenas por lançar no mercado produtos de qualidade e por cumprir as exigências legais e trabalhistas, mas também por estar comprometida com ações de mudança social. Suas atitudes devem ser resultado da consciência solidária, bem como decorrente do comportamento ético em todas as áreas de atuação".

O Instituto Ethos elaborou uma série de indicadores, a seguir descritos, para avaliar o quanto uma empresa é atuante no campo da responsabilidade social empresarial (ETHOS, 2006a):

- \* Valores, transparência e governança: a ação das empresas deve trazer benefícios para a sociedade e estar orientada segundo valores e princípios éticos.
- \* Público interno: respeito aos direitos dos trabalhadores, investimento nas condições de trabalho e no desenvolvimento profissional dos trabalhadores.
- \* Meio ambiente: respeito ao meio ambiente, em particular à economia florestal.



\* **Fornecedores:** cumprimento dos contratos, transmissão do código de ética a cadeias de fornecedores, fortalecimento da cadeia de fornecedores.

\* **Consumidores e clientes:** fornecimento de produtos e serviços confiáveis, minimizando o risco de danos aos consumidores; publicidade e embalagens esclarecedoras quanto ao uso; suporte ao cliente antes, durante e depois da compra.

\* **Comunidade:** A comunidade em que a empresa está inserida fornece-lhe infra-estrutura e capital social (empregados e parceiros); em contrapartida, a empresa deve investir em ações que tragam benefícios para a comunidade.

\* **Governo e sociedade:** a empresa deve assumir seu papel natural de formadora de cidadãos; liderança na discussão de temas como participação.

Alguns dos indicadores do Instituto Ethos têm sido utilizados pela imprensa especializada — como, por exemplo, a Revista Exame da Editora Abril — para classificar as empresas quanto ao grau de responsabilidade social.

Uma outra organização dedicada à responsabilidade social das empresas é o Grupo de Institutos, Fundações e Empresas - GIFE, a primeira associação da América do Sul a reunir organizações de origem privada que financiam ou executam projetos sociais, ambientais e culturais de interesse público. O GIFE surgiu informalmente em 1989, a partir de um comitê de filantropia da Câmara Americana de Comércio de São Paulo (Amcham), e foi depois instituído formalmente em 1995.

A missão do GIFE é aperfeiçoar e difundir os conceitos e práticas do uso de recursos privados para o desenvolvimento do bem comum. Seu objetivo é contribuir para a promoção do desenvolvimento sustentável do Brasil, por meio do fortalecimento político-institucional e do apoio à atuação estratégica de institutos e fundações de origem empresarial e de outras entidades privadas que realizam investimento social voluntário e sistemático, voltado para o interesse público (GIFE, 2007).

No Brasil, não só as publicações especializadas perceberam o movimento do setor privado em direção a uma melhor atuação social, mas também a imprensa

diária dedica ocasionalmente algum espaço ao assunto. Luanda Nera, no jornal Folha de S.Paulo, relata que é crescente o número de empresas brasileiras que passam a desenvolver ação social através de fundações ou institutos próprios, em lugar de fazer parceria com ONGs. As ONGs vêem com ressalva tal tendência, especialmente aquelas mais tradicionais e já estabelecidas no setor. Essas ONGs temem que os recursos privados acabem majoritariamente direcionados para esses institutos ou fundações, em prejuízo dos movimentos voluntários e menos estruturados. Além disso, passariam a ser desprezados o conhecimento prático e a experiência acumulados pelas ONGs em muitos anos de atuação. Verifica-se que muitas empresas têm pouco conhecimento da realidade da comunidade onde pretendem atuar, o que prejudica o rendimento de seu trabalho (NERA, 2005).

Um aspecto importante da atuação social empresarial é o voluntariado. Segundo o glossário contido na publicação "Indicadores Ethos de Responsabilidade Social Empresarial", o voluntariado empresarial se define da seguinte forma:

"Um programa de voluntariado empresarial é o apoio formal e organizado de uma empresa a empregados e aposentados que desejam servir voluntariamente uma comunidade com seu tempo e habilidades. Uma das formas mais valiosas de a empresa colaborar com o desenvolvimento social do país é a transferência de conhecimentos e competências de planejamento e gestão para as organizações sociais. Ao estruturar um programa de voluntariado a empresa cria um canal para esta transferência e com isto pode gerar grandes transformações, pois ao fortalecer as organizações sociais elas poderão ampliar e qualificar suas atividades e com isto obter resultados mais eficientes e significativos".

O mesmo glossário esclarece também o significado de um outro termo encontrado ao discutir o comportamento empresarial: *stakeholder*: "Termo em inglês amplamente utilizado para designar as partes interessadas, ou seja, qualquer indivíduo ou grupo que possa afetar a empresa por meio de suas opiniões ou ações, ou ser por ela afetado: público interno, fornecedores, consumidores, comunidade, governo, acionistas, etc." (ETHOS, 2006b).

Num artigo na Folha de S. Paulo, o empresário Jorge Gerdau Johannpeter comentou a difusão do voluntariado. Ele afirma que é inviável para o Estado atender

a todas as demandas da sociedade. Falta eficiência na gestão e não é possível aumentar mais a carga tributária. Falta também solidariedade. Uma possibilidade para resgatar a solidariedade está no trabalho voluntário. Isso começa a acontecer nas empresas. Algumas apenas doam recursos, sem se preocupar com a eficiência do investimento. Outras são financiadoras: doam o dinheiro e fiscalizam a aplicação. Outras ainda têm atitudes empreendedoras: participam de programas sociais por meio de sua atividade voluntária e a de seus funcionários. Tal forma de voluntariado permite que os programas sociais sejam geridos com a experiência administrativa do setor privado, o que melhora sua eficiência. E as pessoas que exercem algum voluntariado têm melhor inserção social e aprimoram seu comportamento humano. O voluntariado não substitui a responsabilidade do Estado, mas é um início de solidariedade organizada (JOHANNPETER, 2006).

Em outros países, empresários souberam aliar seu sucesso como executivos a uma intensa atividade no setor social. Como exemplo, Tex Gunning, um administrador de empresas que chefia atualmente as operações da multinacional Unilever em toda a Ásia. Ele é um muito bom exemplo de executivo que soube aliar o lado empresarial com o lado humanitário do trabalho. Sua metodologia consiste em levar grupos de executivos para lugares afastados e distantes, em colocá-los em contato com a natureza e com populações primitivas e pobres — e verificar como esse exercício leva ao desenvolvimento de qualidades como confiança, honestidade e autenticidade e, principalmente, criatividade. E com isso o desempenho dos executivos tem melhorado, e essa melhoria se reflete nos negócios. Numa entrevista ao *What is Enlightenment? Magazine* (GUNNING, 2005), Gunning declarou: "O líder médio cuida de si mesmo e de sua família. O bom líder cuida de si mesmo, de sua família e da comunidade. Um grande líder — ou uma grande empresa — cuida não apenas dos *stakeholders*, mas também procura mudar o mundo

Gunning conseguiu colocar os problemas nutricionais das crianças, nos países em desenvolvimento, como um dos assuntos empresariais da Unilever. A motivação que isso provocou nos funcionários da empresa se traduziu num grande sucesso empresarial. Gunning acredita que a divisão do mundo nos setores tradicionais (governo, empresa privada e terceiro setor) não funciona, porque cria barreiras

artificiais. Ele acha que os problemas mundiais devem ser resolvidos por um ataque mais holístico: "Todos nós dependemos de todos; o fato de haver crianças morrendo de fome num outro canto do mundo é um problema de todos nós" (GUNNING, 2005).

Há institutos ou fundações que procuram incentivar o "empreendedorismo social" através de prêmios, conferidos periodicamente. Uma dessas é a **Fundação Schwab**, estabelecida na Suíça, que confere anualmente prêmios aos empreendedores sociais (SCHWAB, 2007). A Fundação atua também no Brasil.

Segundo a Fundação, apresentar uma idéia que mude os padrões e implementá-la com êxito são características marcantes de um empreendedor social. Conforme informado no site da Fundação Schwab, os critérios de seleção dos candidatos são os seguintes:

a) **Inovação**

O candidato realizou uma mudança social transformando práticas tradicionais. Tal transformação pode ter sido alcançada por intermédio de um produto ou serviço inovador; do desenvolvimento de uma nova abordagem; de uma aplicação mais incisiva ou rigorosa de tecnologias, idéias e abordagens conhecidas.

b) **Sustentabilidade**

O candidato gerou as condições e/ou instituições sociais necessárias para sustentar a iniciativa e está dedicando todo seu tempo para isso.

Se constituída como uma entidade sem fins lucrativos, a organização está atingindo algum grau de auto-sustentabilidade financeira por meio da geração de receita com venda de serviços, produtos ou taxas de associação. Está comprometida com a criação de parcerias mutuamente benéficas com empresas e/ou o setor público. Existe uma diferença clara entre caridade e filantropia tradicionais e uma aposta direta na sustentabilidade comunitária. Há também diferença em relação ao mundo dos negócios tradicionais.

Se constituída como uma entidade com fins lucrativos, predomina a orientação no sentido da criação de valores sociais e ambientais, sendo o

retorno financeiro tratado como meio secundário para um fim, e não um fim em si mesmo.

c) Impacto social direto

O candidato fundou, desenvolveu e implementou a iniciativa empreendedora diretamente, junto com beneficiários marginalizados e/ou pessoas interessadas. O impacto manifesta-se em resultados e testemunhos quantificáveis e está bem documentado.

d) Alcance e expansão

A iniciativa social expandiu-se para além de seu contexto inicial e foi implementada ou adaptada, com êxito, pelo próprio empreendedor ou por intermédio de outros, que a multiplicaram para outros cenários do país ou do exterior.

e) Efeito multiplicador

A iniciativa pode ser adaptada a outras regiões do mundo e ser reproduzida em larga escala. O empreendedor está aberto para compartilhar com outros as ferramentas, abordagens e técnicas que sejam cruciais à adaptação da iniciativa.

A organização BAWB (*Business as Agent of World Benefits*) teve início em 2002, como um estudo piloto do corpo docente do *Weatherhead School of Management* da *CASE Western Reserve University*, em Cleveland, Ohio, USA. A questão que mobilizou sua criação foi montar uma conferência que tivesse por tema o papel das empresas como agentes em prol do benefício mundial (BAWB, 2007a).

A BAWB acredita que o futuro comum depende de líderes que sejam capazes de desenvolver uma visão inspiradora de um mundo melhor, criar estratégias e estruturas coerentes, desenvolver capacidades para implementar projetos transformadores, mobilizar pessoas e comunidades, tudo isso num cenário de questões sociais e desafios sociais crescentes e complexos — tais como a instabilidade econômica, a pobreza, a destruição ambiental e os conflitos sociais.

Segundo a BAWB, está emergindo um novo sentido de responsabilidade social e uma crescente conscientização de que os negócios têm potencial para se tornar parceiros produtivos na construção de um mundo melhor. Muitas empresas estão

descobrimo não apenas que o sucesso e o lucro são perfeitamente compatíveis com a criação de benefícios de valor, mas que há caminhos para promover a lucratividade, gerando benefícios para a vida. A ferramenta recomendada pela BAWB é denominada *Appreciative Inquiry*, e foi desenvolvida na *CASE Western Reserve University*. Trata-se de uma filosofia e uma abordagem para a mudança, que busca o melhor nas pessoas, nas organizações e no mundo ao redor delas.

Na primeira conferência brasileira da BAWB, que teve lugar em Curitiba em outubro de 2003 (BAWB, 2004), o público-alvo visado era constituído por empresários e executivos de empresas dos setores privado e público, interessados em desenvolver organizações sustentáveis; profissionais da área de desenvolvimento organizacional, responsabilidade social, cidadania corporativa, ética empresarial, qualidade de vida no trabalho; professores, consultores, pensadores, líderes comunitários e ONGs. Patrocinaram o encontro organizações públicas e privadas do Estado do Paraná, a Federação das Indústrias, o SESI, a Associação Comercial, o SEBRAE, a Universidade e o Governo do Paraná, além de grupos industriais da região. Desde então, as conferências brasileiras têm se sucedido anualmente (BAWB, 2007b).

A partir do que foi aqui relatado quanto ao setor privado, a PS pode ser incluída nas atividades da responsabilidade social das empresas. É possível, portanto, obter o apoio de empresas na consecução dos objetivos da PS.

### 3.4 TERCEIRO SETOR

O Terceiro Setor é constituído por organizações privadas, sem fins lucrativos, que geram principalmente serviços públicos nas áreas social, cultural, de desenvolvimento político, e semelhantes. Essas organizações não são Estado, nem setor privado, mas "envolvem pessoas comprometidas com o bem coletivo, onde a iniciativa individual não privilegia interesses individuais, mas coletivos"

(JUNQUEIRA, 2004). Elas são ao mesmo tempo públicas (porque voltadas para o bem público) e privadas (no sentido que não pertencem ao Estado).

Sabe-se que o Terceiro Setor está em pleno crescimento no mundo. É difícil avaliar o verdadeiro potencial das organizações da sociedade civil, porque as informações publicadas (sobre o número de instituições, quantidade de trabalhadores remunerados e voluntários, movimento financeiro) são imprecisas. Entretanto, os dados disponíveis indicam um efetivo aumento nas atividades deste setor da sociedade. Segundo consta da literatura, nos Estados Unidos, em 1990, o setor movimentava 300 bilhões de dólares. Em 1996, as organizações da sociedade civil americana movimentaram 6,3% do PIB, (320 bilhões de dólares, em números absolutos, metade do PIB brasileiro no mesmo ano). Hoje, o terceiro setor nos Estados Unidos movimenta anualmente 600 bilhões de dólares, empregando 12 milhões de trabalhadores remunerados.

No Brasil existem diferentes tipos de organizações pertencentes ao Terceiro Setor: Organização Não Governamental (ONG), Organização Social (OS), Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

O tipo de organização mais conhecido do terceiro Setor é a ONG. Curiosamente, no ordenamento jurídico brasileiro não existe legalmente essa designação, essa sigla ONG. Nenhuma lei ou código a menciona. Mas todo mundo sabe o que a sigla representa. Quando alguns cidadãos se reúnem para defender uma causa comum, eles podem constituir uma ONG, que pode tomar a forma de associação, cooperativa, fundação, instituto, e semelhantes.

Em geral, uma ONG tem uma função pública dirigida a fins sociais (na educação, na assistência médica, na beneficiência aos pobres, em atividades culturais, entre outros). A ONG apoia-se muito em trabalho voluntário e depende principalmente de doações privadas ou estatais. Em resumo, uma ONG é uma associação civil, sem fins lucrativos, de direito privado e de interesse público (AZEVEDO, 2005).

As Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), ao contrário das ONGs, existem no ordenamento jurídico brasileiro: elas têm uma lei específica (Lei 9637/1998) que as regulamenta. É o poder executivo quem concede a qualificação, uma vez satisfeitas certas condições:

1. A OS/OSCIP é uma associação sem finalidade lucrativa;
2. Deve ter finalidade social numa dessas áreas: ensino, saúde, cultura, ciência, tecnologia, meio ambiente;
3. Deve possuir um conselho fiscal;
4. Seus atos devem ser publicados;
5. Deve celebrar um contrato de gestão com o poder público.

O último item é muito importante: o contrato de gestão é um instrumento de parceria entre o poder público e o setor privado. É uma espécie de acordo operacional, um convênio no qual são discriminadas as responsabilidades e as obrigações das partes, são descritos os programas de trabalho, com suas metas e prazos, e são fixados os indicadores para a avaliação do desempenho (SEBRAE, 2007; AZEVEDO, 2005)

Apesar da multiplicação das ONGs e de outras categorias de organizações da sociedade civil, o Brasil ainda apresenta números muito inferiores aos de países da Europa ou América do Norte. Fontes não oficiais estimam que haja 200 mil ONGs no Brasil, empregando mais de 2 milhões de pessoas.

No Brasil, a Fundação Getúlio Vargas de São Paulo, através de seu Centro de Estudos do Terceiro Setor - CETS, mantém uma página na Internet, chamada "Mapa do Terceiro Setor". O Mapa apresenta um cadastro constantemente atualizado das organizações do Terceiro Setor e notícias sobre o assunto (FGV-SP, 2007).

O Terceiro Setor no Brasil tem crescido consideravelmente nos últimos anos. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), citados numa publicação do GIFE (Grupo de Institutos, Fundações e Empresas), indicaram que o número de entidades sem fins lucrativos em funcionamento no país passou de 107 mil, em 1996, para 276 mil em 2002 (GIFE, 2006). A presença desse setor na vida econômica do país é importante: 5% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, e empregos diretos para três milhões de trabalhadores.

Pode-se refletir que, dentre as razões que levaram ao crescimento mundial do Terceiro Setor, encontram-se a pouca representatividade, a capacidade limitada na execução de tarefas sociais, e a falta de capilaridade por parte de órgãos governamentais, características necessárias à execução de determinadas ações, e tão típicas das modernas ONGs. Além disso, os órgãos do governo têm dificuldade na



manutenção de programas já implementados, e uma morosidade no repasse de recursos que torna certas ações inviáveis. É notório que as ações públicas são comprovadamente mais eficazes se realizadas em parceria, e ações conjuntas entre o governo e organizações da sociedade civil fazem parte da política global de descentralização, citada na Constituição Federal. As organizações da sociedade civil acumulam infra-estrutura, conhecimentos, recursos humanos de qualidade, experiência, e estão perfeitamente aptas a trabalhar em parceria com órgãos públicos. São instituições com grande potencial de representatividade, podendo ser vistas como legítimas representantes dos interesses da sociedade civil.

Alguns exemplos dessas organizações e suas iniciativas são descritos a seguir.

A Associação Palas Athena (PALAS, 2006, 2007) é uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos, dedicada à educação em filosofia, visando promover conhecimentos e reflexões capazes de produzir ações práticas construtivas para a vida social. Sua missão é aprimorar a convivência humana, desenvolvendo ações de educação filosófica nas dimensões ética, afetiva, espiritual e ecológica, por meio da aproximação das culturas e articulação dos saberes. Entre seus programas sociais educativos, a Associação inclui:

- \* Programa "Valores que não têm preço", que tem como propósito orientar educadores das escolas públicas e de outras organizações educativas na aprendizagem, exercício e difusão dos valores universais, ética e cidadania, integrando-os no processo de desenvolvimento do conhecimento.
- \* Programa "Ética empresarial num mundo de diferenças", destinado a empresários interessados em realizar projetos de responsabilidade social, e estruturado em seminários, oficinas e projetos.
- \* Programa "Década da cultura e da paz", desenvolvido em colaboração com a Faculdade de Saúde Pública da USP e sob orientação da UNESCO. Seu propósito é conscientizar e mobilizar a opinião pública para a responsabilidade individual e coletiva na construção da paz.

Através da capacitação técnica, do reforço escolar, da inclusão digital e dos debates sobre ética profissional, a Associação Palas Athena atua em São Paulo como um agente na formação de sujeitos sociais solidários e transformadores. É com o

projeto “Adolescente da Paz”, que essa ONG treina e capacita jovens na faixa etária de 14 a 17 anos, fornecendo instrumentos de inclusão no mercado de trabalho, em instituições do setor privado. Alunos de escola pública estão aprendendo regras de etiqueta no trabalho, comunicação corporal e até meditação. O projeto é desenvolvido em colaboração com o Projeto Criança Esperança, da UNESCO e Rede Globo (CRIANÇA, 2007)

O coreógrafo Ivaldo Bertazzo elaborou um método com o qual, através de um trabalho centrado nas matrizes do gesto humano, o movimento corporal é reestruturado, e com isso torna-se possível encontrar novamente o equilíbrio natural do corpo. Além de aplicar seu método a bailarinos profissionais, Bertazzo resolveu ampliar seu campo de ação para os não profissionais, defendendo a idéia que o equilíbrio do corpo também está ligado à questão da cidadania. Por isso, ele se dedicou a trabalhar em comunidades carentes (favelas do Rio de Janeiro e de São Paulo), onde oferece oportunidades para os jovens trabalhar nos seus espetáculos. E isso ajuda essas pessoas a perceber a realidade do mundo que as cerca e facilita sua inserção como cidadãos (BERTAZZO, 2007). O recente espetáculo "Samwaad - Rua do Encontro" inclui justamente grande número de jovens da periferia de São Paulo.

A ImageMagica é uma OSCIP que utiliza a fotografia como ferramenta para promover desenvolvimento humano através de educação, cultura e melhoria da qualidade de vida (IMAGEMAGICA, 2007). Ela leva a fotografia para jovens de diversas comunidades que, ao registrarem suas vidas e costumes, tornam-se observadores atentos do mundo. Com a percepção ampliada, encararam seus problemas e anseios e se enxergam como agentes transformadores. Os jovens são ajudados a entender o sentido da cidadania e a praticar a ação social em seu próprio meio; sua inclusão social é facilitada. As "máquinas fotográficas" são construídas pelos próprios jovens, com a utilização de latas.

A metodologia adotada permite que os problemas de uma comunidade sejam detectados, divulgados e discutidos no próprio ambiente. Esse processo, além de trazer benefícios imediatos para a comunidade, torna mais fácil a implantação de novos projetos sociais nestas áreas.

De fato, essas iniciativas relatadas indicaram o potencial de ação do Terceiro Setor, na dimensão social e da PS, dadas a duração e expansão dos projetos descritos.

A ação das ONGs tem sido objeto de aplausos, por levantar bandeiras importantes, especialmente na questão da ecologia. Entretanto, seja na área ambiental, ou social ou da saúde, a atuação das ONGs é vista, por alguns, com restrições. Bydlowski, Westphal e Pereira (BYDLOWSKI et al., 2004) relatam a opinião de PETRAS (1997) que, num artigo no *Monthly Review*, indicava o que ele considerava um caráter pernicioso das ONGs. Segundo esse jornalista, as ONGs estão a serviço das empresas neoliberais, são financiadas por elas e por organizações como o World Bank, com a finalidade de convencer os segmentos mais pobres da sociedade a deixar de lutar por seus direitos e procurar soluções através do voluntariado. Contra a idéia de que o Estado tem o dever de cuidar dos cidadãos e resolver os problemas sociais (a responsabilidade pública), as ONGs incentivam a responsabilidade privada e o uso de dinheiro privado para resolver problemas públicos. Segundo Petras, as ONGs trabalham a favor de projetos, não de movimentos sociais. Mobilizam as pessoas a resolver problemas de forma marginal, mas não ajudam na luta para controlar os meios de produção e a riqueza. Assim, os pobres continuam a pagar impostos a um Estado neoliberal, que cuida apenas dos ricos; para resolver seus problemas sociais, os pobres são obrigados ao esforço adicional de voluntariado.

Para aqueles que aprovam e acham importante a atuação das ONGs, vale a observação de Drucker, citada por Junqueira, de que elas não fornecem bens ou serviços, mas o ser humano mudado (JUNQUEIRA, 1996).

Ao estudar os conceitos e os princípios da PS, seus contextos e atores, algumas questões emergiram: quais são as diretrizes e estratégias para consolidar a PS em diferentes contextos, por diferentes atores, na realidade cultural atual? Qual a participação da Universidade nesse processo? Para responder a essas perguntas, nos próximos capítulos serão entrelaçados os conteúdos abordados até aqui.

## 4. DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

### 4.1 ESTRUTURA DO CAPÍTULO

Para finalizar a etapa de fundamentação do tema e dos propósitos desta dissertação, devem-se interligar os diferentes contextos e atores, de modo a esboçar uma metodologia da Promoção da Saúde (PS) que possa ser aplicada ao estudo de caso (da empresa selecionada para a pesquisa). Para essa tarefa, serão abordados neste capítulo alguns conceitos importantes, serão mencionadas estratégias para a PS encontradas na literatura e serão apresentadas entrevistas sobre o tema "Por que e para que a Promoção da Saúde?".

### 4.2 CONCEITOS FUNDAMENTAIS

O termo **Empoderamento** (*empowerment*) refere-se a um processo de ação social de indivíduos e grupos para obter controle sobre sua vida e produzir transformações no indivíduo, na sociedade e nas condições materiais. (WALLERSTEIN, 1992; NARAYAN, 2002).

O movimento da Promoção da Saúde propõe mudanças na sociedade, para que toda a população possa alcançar as condições mínimas de sobrevivência com dignidade (BYDLOWSKI et al., 2004). A politização da saúde (por exemplo, pela difusão do empoderamento) é um caminho para recolocar a saúde como uma meta importante a ser alcançada por todo o país.

Ainda de acordo com essas autoras, embora alguns segmentos no Brasil (públicos, privados e ONGs) já estejam agindo conforme os preceitos da PS, os

resultados ainda são pequenos. A sociedade não tem se organizado de fato para atuar segundo as diretrizes da PS e diversas causas podem ser identificadas para que isso ocorra. Há causas históricas: o período colonial e o imperial estabeleceram na população uma postura de submissão ao poder de poucos, e essa postura vem se mantendo mesmo na república. A população aceita o domínio e os privilégios de poderosos como uma coisa natural. As condições que levam à pobreza e à violência não provocam reações contrárias, porque as pessoas se conformam com as desigualdades, consideradas normais, e não se dispõem a mudar tais condições. Há também causas culturais: a medicalização da população é uma prática bem estabelecida, apoiada pelas indústrias farmacêutica e de tecnologia médica, e influenciada pela sua propaganda.

As autoras acrescentam que o modelo piramidal, vigente como modelo de gestão nas estruturas organizacionais do governo, também tem representado uma causa que dificulta o avanço da PS. O modelo conduz a alta centralização, planejamento normativo, separação entre planejamento e execução, ocultação de informações, distanciamento entre população e governo. Os vários setores agem de maneira desarticulada, com pobres resultados. Mas o modelo é conveniente para manter o domínio dos grupos hegemônicos sobre o restante da sociedade. Esses grupos opõem-se, portanto, a qualquer mudança, como aquelas advogadas pela PS: democratização das informações, descentralização do poder, ações intersetoriais, participação. Os meios de comunicação também não ajudam a causa da PS, porque a própria saúde é considerada uma mercadoria a ser vendida, e que depende do consumo de outras mercadorias, como remédios e serviços médicos. Ao contrário, a PS favorece a autonomia dos indivíduos (BYDLOWSKY et al, 2004).

O empoderamento representa uma passagem para a posição de responsabilidade em definir problemas e necessidades e construir estratégias para mudanças. Essa passagem pode ser facilitada por meio do uso de técnicas adequadas, utilizadas no momento apropriado por pessoas devidamente habilitadas, tendo-se os objetivos e as metas definidos previamente e de forma clara (NARAYAN, 2002; CANEL e PELICIONI, 2007).

Os **Modelos de Intervenção** para os programas de PS levam a examinar criticamente as possíveis metodologias e técnicas a utilizar. Deve-se considerar a diversidade de profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros); a variedade de teorias e métodos que cada um desses profissionais aprende na sua formação; as especificidades culturais, sociais e de recursos dos usuários e das comunidades onde os programas são desenvolvidos.

A experiência tem demonstrado que as intervenções que priorizam a transmissão da informação tendem a falhar em sua intenção de propiciar mudanças, pois não permitem que aquele que recebe as informações dê a devida importância aos processos de decodificação e de re-significação dessas mensagens. Além disso, nem sempre a carência ou ausência de informações é responsável pela ação imediata dos indivíduos. De fato, a informação não é suficiente para a sensibilização das pessoas. Junto com a cognição deve ocorrer o envolvimento de emoções, sentimentos e a prontidão para ações. Para a tomada de decisão e para que novas atitudes e práticas sejam descobertas e adotadas, deve haver motivação (SILVA, 2002).

Dessa forma, é importante que qualquer estratégia conte, na sua implementação, com **Técnicas Participativas**. Uma característica dessas técnicas é que elas requerem uma participação ativa e criativa, tanto dos profissionais que coordenam o trabalho, como dos indivíduos que compõem o grupo. Isso significa que todos participam conjuntamente (embora cada um de acordo com seu papel) na identificação, elucidação, conclusão, e elaboração de estratégias de ação frente a conteúdos ou situações abordadas no grupo. O que está sendo abordado vai sendo "decifrado" em conjunto; e o próprio lidar com a situação ou com o conteúdo em questão é que vai mostrando e configurando o seu sentido simbólico ou concreto, que então pode ser compreendido, conscientizado e integrado por cada participante individualmente.

O termo "criativo", nesse contexto, não se refere apenas ao desenvolvimento da criatividade, mas também ao olhar por novos ângulos ou ter novas percepções sobre aspectos já conhecidos; entrar em contato com aspectos desconhecidos e, na seqüência, identificar recursos pessoais, grupais e ambientais, abrindo a possibilidade de encontrar novas soluções. Pode-se ver um conteúdo ou uma situação de um

ângulo novo, ou ver aspectos novos nele — o que gera resultados diferentes, mas igualmente importantes nesse processo.

Assim, a criatividade relativa às técnicas participativas refere-se a poder experienciar, compor, desmontar e remontar configurações, até que a compreensão dos aspectos essenciais do processo seja alcançada. Isso é importante no caso das questões tratadas pela PS, que são complexas e evoluem a longo prazo.

### 4.3 ESTRATÉGIAS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Das estratégias da PS encontradas na literatura, foram selecionadas três para apresentação nesta seção, tendo em vista os propósitos do capítulo.

Em relação ao **Desenvolvimento de Parcerias**, a PS demanda uma ação coordenada e alianças entre o setor público e o setor privado, trabalhando através de ações comunitárias concretas (com e no dia-a-dia das pessoas) para identificação de necessidades e de prioridades, tomada de decisão, definição e implementação de estratégias. E, dessa forma, consolidar e expandir parcerias em prol da saúde.

Como foi dito no Cap.3, é notório que ações públicas são comprovadamente mais eficazes se realizadas em parceria, e ações conjuntas entre o governo e organizações da sociedade civil fazem parte da política global de descentralização, citada em nossa Constituição Federal. As organizações da sociedade civil acumulam infra-estrutura, conhecimentos, recursos humanos de qualidade, experiência em gestão, e estão perfeitamente aptas a trabalhar em parceria com órgãos públicos.

Segundo Fischer, a globalização econômica dá às empresas grande poder de manipulação das forças do mercado, mas também as torna vulneráveis às mudanças do comportamento social. A globalização da economia mostrou que as organizações não conseguem obter sucesso sozinhas, que as empresas devem fazer alianças para sobreviver, que devem colaborar em lugar de competir. Entretanto, o processo de globalização contribuiu para a difusão e intensificação da exclusão social.

Esses fatos todos motivaram o desenvolvimento do que se passou a chamar "responsabilidade social corporativa", isto é, a percepção do papel social que uma

empresa desempenha, até involuntariamente, pela sua própria atividade industrial e comercial. Esse papel poderá ser bom ou mau, mas sempre existe. Se for conduzido de acordo com normas éticas, será bom (FISCHER, 2002). Nos próximos parágrafos serão resumidas as principais idéias da autora quanto ao tema em questão.

Do lado social, as organizações que atuam para resolver problemas sociais, ainda que provenientes de diferentes setores, perceberam que também devem trabalhar em conjunto, combinando suas competências específicas para obter resultados. Os setores considerados são o Estado, o Setor Privado (também chamado Setor Produtivo, ou Mercado), e o Terceiro Setor (ou Sociedade Civil).

O modelo trissetorial contém áreas de intersecção dos setores, que são organizações híbridas, fazendo a interface entre setores e carregando os atributos de mais de um setor. Nessas áreas ocorre o fluxo de ações capaz de superar as debilidades de cada setor e de fortalecer as características alavancadoras (FISCHER, 2002).

Ainda segundo a autora, no Brasil o Estado-empresário sempre esteve presente no desenvolvimento capitalista, e como tal tinha também uma atuação social de caráter paternalista e clientelista. Além disso, os serviços públicos eram, predominantemente, prestados pelo Estado.

Com o tempo, o Estado veio reduzindo sua atividade, não só como empresário, mas também como prestador de serviços públicos e assistenciais. Isso incentivou a formação de parcerias e abriu espaço para elas.

Nas empresas pode haver muitas pessoas que desejam dedicar parte de seu tempo e de seu trabalho a atividades que redundem em benefícios para a sociedade, mas essas pessoas não costumam ter suficiente poder, dentro da empresa, para decisões nessa direção. É fato que apenas a diretoria, ou o dono, tem esse poder. Com isso, o eventual programa social da empresa se torna muito dependente da vontade e das idéias de poucas pessoas. Também acontece que se a empresa, internamente, não valoriza o funcionário como ser humano, ela não terá sucesso quando quiser participar de programas sociais dirigidos à comunidade externa.

Uma solução, às vezes adotada para contornar as dificuldades em exercer um papel social, é a criação de uma fundação (ou um instituto), cuja finalidade é justamente ocupar-se com as atividades de cunho social. Tal solução em geral é



adotada por empresas de grande porte. Dependendo do caso, a fundação pode estar estreitamente ligada à direção da empresa ou, ao contrário, ter elevado grau de independência (FISHER, 2002)

Do lado das ONGs também há dificuldades. Embora elas tenham surgido de impulsos generosos de grupos de pessoas, a realidade mostra que são necessárias outras qualidades, mais de tipo organizacional e administrativo, para que seu trabalho resulte produtivo. Enfim, é necessário que a empresa se torne mais humana, e que a organização do Terceiro Setor se torne mais empresarial, para que a colaboração entre as duas seja fértil. É aí que a organização social, que faz a intermediação entre empresas e ONGs, pode exercer com proveito seu trabalho, por estar falando a linguagem dos dois grupos.

O trabalho típico de uma organização social de intermediação se desenvolve, portanto, seja junto às empresas, seja junto às organizações do Terceiro Setor. Quanto às empresas, a organização social pode ajudar a melhorar a utilização dos recursos, sugerindo possíveis áreas de atuação, articulando alianças. Quanto às organizações do Terceiro Setor, pode ajudá-las a se estruturar administrativamente e a desenvolver a capacidade de captar recursos.

Em resumo, as novas atividades sociais empresariais demandaram alianças com o setor público e o Terceiro Setor e, quando isso aconteceu, essas foram beneficiadas pela ação colaborativa. Mas o processo de estabelecer alianças também encontrou dificuldades, como:

- \* falta de conhecimento sistematizado sobre como as parcerias podem funcionar
- \* falta de informações confiáveis sobre como funciona o terceiro setor e quais são suas competências
- \* pouca atenção, por parte dos gestores e dirigentes empresariais quanto, a ética e responsabilidade nos negócios, a práticas gerenciais para viabilizar ações sociais das empresas, e semelhantes
- \* o fato de a legislação não facilitar o desenvolvimento das organizações da sociedade civil
- \* a existência de preconceitos: ONG's e empresas desconfiam umas das outras, por motivos ideológicos; temor da empresa em ficar comprometida com

determinada entidade; temor da ONG em ficar dependente da empresa; desconfiança tanto das empresas como das ONG's em relação ao Estado (FISCHER, 2002)

Lentamente, essas dificuldades vão sendo aplainadas, à medida que aumenta e se difunde o conhecimento sobre o assunto, e se acumulam experiências de tentativas bem ou mal sucedidas. Percebeu-se que, para ter sucesso numa parceria intersetorial, os parceiros devem:

- \* ter sua identidade organizacional bem consolidada
- \* estar dispostos a compartilhar seus valores
- \* respeitar mutuamente a esfera de responsabilidade de cada um.

O Estado intervém, ou deveria intervir, na realidade social para promover os direitos dos cidadãos e satisfazer as necessidades sociais pelo menos básicas. A Constituição reconhece aos cidadãos direito à saúde, à educação, à habitação, entre outros, a ser providenciados pelo Estado. Tal formulação implica numa mudança radical na postura social: as classes menos favorecidas, os excluídos, deixam de ser objeto da caridade pública ou do Estado, para se tornarem sujeitos de direitos. As mudanças atingem a própria burocracia do Estado, a qual se encontra despreparada para enfrentar com eficiência as novas funções. Aparecem então as organizações sem fins lucrativos tipo ONG, ou as políticas sociais das empresas, como instrumentos auxiliares para completar a tarefa. Assim, torna-se necessário estabelecer alianças entre governos, ONGs, e empresas. Resulta que a gestão intersetorial é essencial ao sucesso das políticas sociais (JUNQUEIRA, 2004).

Como exemplo de parceria com o setor público, pode ser citada a Fundação Abrinq, uma organização sem fins lucrativos mantida por empresas (principalmente), cuja missão é promover a defesa dos direitos e o exercício da cidadania da criança e do adolescente. Projetos da Abrinq como o Programa Prefeito Amigo da Criança e o Projeto Presidente Amigo da Criança têm o objetivo de comprometer o poder executivo na implantação de Políticas Públicas que melhorem a situação de crianças e adolescentes. Além disso, esses projetos monitoram e fiscalizam a aplicação das verbas públicas e cobram das autoridades os compromissos assumidos. O Programa Prefeito Amigo da Criança ainda prevê a existência de um Articulador Municipal,

que é a pessoa que deve facilitar o fluxo de informações entre o programa e o município e vice-versa.

Uma outra estratégia de PS, a **Advocacia em Saúde**, é considerada pela União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde (UIPES) como uma de suas áreas prioritárias em suas Orientações Estratégicas. De acordo com a UIPES, a Advocacia visa a conquistar o apoio e o compromisso político de instâncias decisórias, a aceitação social, os espaços de discussão e de atuação em favor da saúde. Dito de outra forma, a Advocacia em Saúde é constituída por ações de indivíduos ou de grupos organizados — os chamados atores sociais — que procuram influir sobre autoridades e sobre particulares, para reivindicar direitos na área da saúde, principalmente em benefício da parcela da população menos favorecida.

Ainda de acordo com a UIPES, é importante que os profissionais da saúde — enquanto promotores da saúde — se percebam e se preparem como atores privilegiados da Advocacia em Saúde. Nesse papel, eles podem dar assessoria para as comunidades organizadas, aos órgãos do governo e às organizações não governamentais, além de disseminar informações sobre experiências em Advocacia em Saúde e, finalmente, ajudar a conscientizar o público e os políticos quanto às questões de saúde (UIPES, 2000).

As ações da Advocacia em Saúde são realizadas de várias formas, através dos meios de comunicação, por grupos de pressão política e outros, com o objetivo de favorecer a conscientização — por parte dos diversos atores — dos determinantes da saúde, e ainda de interferir sobre a formulação e a implementação de PP (CANEL e CASTRO, 2007).

Assim, a Advocacia em Saúde é uma estratégia importante para promover o empoderamento, por parte da população, em relação às questões de saúde, não só para fazer valer o que já está legitimado, como também para tornar legítimo tudo o que é identificado como necessidade de saúde, justiça e inclusão social.

Na América Latina, o advogado em saúde tem como objetivo principal lutar por melhores condições de vida e pela equidade. Isso significa desenvolver ações coletivas para obter direitos e combater as causas sociais da pobreza. As estratégias

da Advocacia que têm tido mais impacto estão nas áreas de Aids, fumo, drogas e aquelas relacionadas ao meio ambiente (WESTPHAL, 2000).

Dentro de um Estado de Direito, não se pode falar em participação popular, empoderamento e equidade, sem legitimização. A Advocacia em Saúde é um caminho eficaz para agilizar a legitimização dos princípios essenciais elencados nas Cartas e Declarações e pela OMS (CANEL e CASTRO, 2007).

A Advocacia em Saúde pode ser um instrumento para a PS desenvolver seu papel político e estratégico, de forma a dar continuidade e sustentabilidade às suas diretrizes, considerando os diversos contextos e os diversos atores envolvidos. Uma vez que trata de problemas específicos, dá sustentação ao que a própria Constituição de 1988 e as Diretrizes do SUS preconizam, quanto ao processo de participação popular na definição e implementação de PP, abrangendo os espaços operativo, institucional e jurídico.

A **Educação em Saúde** "é considerada a mais importante estratégia a ser utilizada na viabilização de todas as idéias propostas pela promoção da saúde, que conseqüentemente contribuirão para a transformação social. A transformação dos sistemas sociais só é possível mediante a transformação dos seres humanos que os configuram. O ser humano em constante transformação é portanto, ao mesmo tempo, um agente transformador de sua realidade" (PELICIONI, 2005, p. 139).

De acordo com Freire, citado por PELICIONI (2000) "se somos educadores, somos políticos. Se somos educadores e, portanto, políticos, temos que ter certeza com relação à nossa opção. Enquanto educadores, nosso sonho não é pedagógico, mas político. As formas de trabalhar, os métodos utilizados em um trabalho, têm muito de pedagógico, mas são eminentemente políticos".

A contribuição da Educação em Saúde deve acontecer em dois setores. O primeiro setor tem como foco os profissionais de saúde e os órgãos responsáveis por recursos humanos, e deve se ocupar com os currículos das instituições de ensino para esses profissionais, como, por exemplo, incluindo disciplinas que abordem a PS, com a relação profissional-cliente e com os serviços locais, e suas equipes multiprofissionais. O segundo setor tem como foco a população em geral e deve instrumentalizar as pessoas para que façam valer seu direito à saúde (PELICIONI,

2000). Ambos os setores são candidatos naturais à utilização de técnicas participativas, de modo que além da competência técnica também sejam desenvolvidas as competências humanas, políticas e éticas.

Quanto aos profissionais da saúde, deixam de ser os únicos responsáveis pelas ações na área; grandes mudanças devem ocorrer, portanto, na sua formação e na sua atividade prática (por exemplo, na relação entre usuário e profissional). É importante que o profissional reconheça seu papel social, participando no trabalho conjunto com outras áreas interligadas. Suas ações devem abranger: questões ambientais, sociais, culturais, econômicas, de trabalho, de lazer, de relacionamento e de necessidades, expectativas e experiências que compõem a qualidade de vida das pessoas envolvidas. Dada a importância do tema PS, cabe às instituições de ensino contribuir para que o conceito se aprimore, a idéia se difunda e a prática se consolide.

No Brasil, cerca de 2,5 milhões de pessoas trabalham em saúde, são profissionais da saúde contratados, metade deles no serviço público. A distribuição por Estado da Federação é desigual: a maior concentração está no Rio de Janeiro e Distrito Federal (cerca de 32 profissionais por dez mil habitantes); no norte e nordeste do País, a taxa é de menos de 10 profissionais por dez mil habitantes). A média do Brasil é de 16 profissionais por dez mil habitantes (FEITOZA, 2007)

Ainda de acordo com essa autora, existem cerca de 14 graduações em saúde no Brasil, muitas delas oferecidas por instituições particulares de ensino. Grande parte dos cursos está concentrada na região sudeste, justamente onde se encontra o maior mercado de trabalho. Um problema que o Brasil tem em comum com outros países em desenvolvimento é este: os cursos tendem a formar mais profissionais qualificados em tecnologia de ponta do que em serviços básicos. Por exemplo, é difícil encontrar pessoal preparado para atuar no Programa Saúde da Família.

No setor de Pós-Graduação da USP o tema já vem sendo desenvolvido. A Faculdade de Saúde Pública tem sido a que mais oferece disciplinas de Pós-Graduação que se referem à Promoção da Saúde nos títulos e nas ementas. Ela é também atualmente a única Faculdade que possui uma linha de pesquisa especial para o tema Promoção da Saúde em seu Departamento de Prática de Saúde Pública, linha que “refere-se aos processos de fortalecimento e capacitação de indivíduos e coletividades para ampliar suas possibilidades de controlar os determinantes de

saúde-doença e ensinar mudanças significativas no panorama da saúde individual e coletiva” (FSP, 2007). Essa linha de pesquisa conta com doze docentes atuando em diversas sub-linhas. O Departamento também possui um Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades e Municípios Saudáveis - CEPEDOC.

Numa entrevista aos alunos da Disciplina "Promoção e Educação em Saúde: aspectos teóricos e práticos", em 2004, a Profa. Dra. Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira, do Departamento de Prática de Saúde Pública, informou que a referida Disciplina é ministrada no curso de Pós-Graduação, da Faculdade de Saúde Pública desde o início da década de 1990, e foi proposta pela Profa. Nelly Martins Ferreira Candeias, titular do Departamento, a partir de sua participação em eventos internacionais sobre o tema, com o objetivo de discutir e divulgar academicamente o tema da PS. A professora Isabel avalia que o impacto dessa disciplina na academia foi positivo, porque contribuiu para levar a discussão e a prática relacionadas ao tema para além do Departamento. Entre outros resultados, levou o conceito para a Prefeitura do Município de São Paulo (Secretarias da Saúde, da Educação e do Verde e Meio Ambiente) e incentivou a criação do CEPEDOC (citado anteriormente). No entanto, considerando-se os vários cursos de Saúde da USP, são ainda poucas as disciplinas voltadas especificamente para o tema, o que faz supor que a própria academia ainda está em processo de aproximação do conceito e das práticas dele decorrentes.

A discussão ampla desses problemas e a difusão da PS podem facilitar a obtenção de um consenso, de uma redefinição do papel do cidadão-profissional de saúde, de uma formação integral, e do desenvolvimento de novas atitudes e alternativas de atuação no complexo trabalho com a saúde — do e com o coletivo.

A reflexão sobre o assunto leva às seguintes conclusões (CANEL, 2001):

Os paradigmas da cultura atual demandam uma redefinição do que significa trabalhar com a saúde. Como o próprio nome aponta, refere-se a um fenômeno complexo (quer se considere a saúde individual ou coletiva), que resulta de diversos fatores. Contrariamente à antiga definição da Organização Mundial da Saúde ("Saúde como um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença"), entende-se hoje que saúde é a capacidade de adaptação a mudanças constantes (internas e externas), quando o organismo (individual ou coletivo) está em

prontidão para perceber, receber, reconhecer, reorganizar-se e responder a novas demandas.

Disso decorre que não basta o profissional de saúde aprender, durante sua formação (como tradicionalmente ocorre), a identificar doenças e sintomas e as formas habituais de tratá-los. Igualmente importante (ou até mais!) é investigar e aprender sobre o ser ou estar saudável (os componentes e determinantes essenciais desse “estado”) e sobre os recursos de que se dispõe e que se podem criar, para aproveitar e até incrementar esse “estado”.

Assim, trabalhar com a saúde é favorecer a integração das várias instâncias ou elementos em interação, que compõem o ser (ou organismo), através de ações (específicas, sistematizadas) contínuas e conjuntas, voltadas para a transformação dos seres em relação. A “cura” é resultado da relação e não somente de ações específicas, embora a especificidade dos papéis de cada um dos envolvidos permaneça.

Na área da Saúde, como nos demais setores e áreas do conhecimento e da organização das ações humanas, cada questão ou necessidade que requer uma intervenção pressupõe que esta esteja baseada num eixo teórico-metodológico e que disponha de tecnologia na busca de resultados para essas questões ou necessidades. Assim é, onde quer que se esteja pensando ou atuando como profissional da saúde.

Constata-se, no entanto, a necessidade de mudança de paradigmas básicos que fundamentam a formação e o exercício prático desses profissionais. Quanto à atuação prática, podem ser salientados : a) a percepção de que não há “uma única conduta ou explicação certa” para questões abordadas (como saúde e doença), mas há procedimentos básicos, que são facilitadores e orientadores para o processo em andamento; b) a percepção de que é necessário e possível dar uma forma própria ao que se faz, encontrando soluções e/ou um jeito próprio de atuar, frente aos problemas que são abordados — reinventar ou recriar os modelos utilizados; c) o trabalho do profissional com o cliente é conjunto, porque ambos são responsáveis pelo desenvolvimento e resultados do processo; d) a compreensão do momento da experiência existencial individual e coletiva, a importância do desenvolvimento contínuo e interativo da experiência profissional e do auto-conhecimento; e) a revisão do raciocínio linear, estático, dicotômico, dominante na educação

institucional, uma vez que se trabalha com fenômenos ou questões que são elementos de uma realidade plural, complexa, heterogênea, simbólica.

#### 4.4 ENTREVISTAS

Com a finalidade de ilustrar as idéias sobre o surgimento e o desenvolvimento do paradigma Promoção da Saúde, e suas diretrizes e estratégias, foram realizadas entrevistas com dois atores públicos que pensam e refletem sobre o assunto. Deles, passamos a descrever as opiniões mais relevantes, extraídas das entrevistas (**Anexos XV e XVI**).

A PS se apresenta como um novo paradigma da Saúde, porque não se pauta nos pressupostos do paradigma biomédico, ou do modelo assistencial-curativo. Ela altera o modo de trabalhar a questão da saúde individual e coletiva, no sentido de ampliar o entendimento do que seja saúde, com uma identificação mais ampla de seus determinantes.

Esse novo paradigma surge no século XX, a partir da análise dos indicadores de morbi-mortalidade: as ações que mais contribuíram para a melhoria do perfil epidemiológico foram principalmente aquelas que passaram a estar dentro do escopo da PS. Na atual transição epidemiológica e demográfica, as ações políticas e educacionais baseadas na PS são aquelas que prioritariamente apontam para soluções mais adequadas desse processo.

O papel político-estratégico da PS está no chamar a atenção para os determinantes sociais da saúde e para a necessidade de investimento dos diferentes setores do governo no seu equacionamento. Implica na capacitação de indivíduos e da coletividade para o controle e a busca de soluções para as suas necessidades, através de um amplo trabalho de educação em saúde.

O papel específico do setor Saúde com relação à PS foi atribuído aos gestores de saúde do setor público e do privado, na definição de diretrizes e estratégias que facilitem e reforcem a ação comunitária relativa aos determinantes da saúde dos



indivíduos e da comunidade. Também cabe aos gestores promover oportunidades para implantação de programas voltados à PS. A todos os profissionais de saúde foi atribuído o papel de ser agente de transformação social.

As diretrizes e estratégias para políticas e práticas sustentáveis de PS, sugeridas pelos entrevistados, foram: as estratégias propostas na Carta de Óttawa, através da capacitação e alinhamento dos profissionais de saúde, em relação aos conceitos da PS; a adoção de procedimentos embasados em evidências científicas; estímulo ao trabalho interdisciplinar. Também foram sugeridas, como diretrizes: reconhecer a PS como uma estratégia de busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde; estimular ações intersetoriais e de parcerias; fortalecer a participação social; promover mudanças na cultura organizacional; incentivar pesquisas para avaliar as ações de PS. E, com relação a estratégias, também foi sugerido estabelecer e implementar PP saudáveis; criar ambientes de apoio à PS; fortalecer a ação comunitária; desenvolver habilidades individuais e coletivas para a PS; reorientar os serviços de saúde.

#### 4.5 UMA POSSÍVEL METODOLOGIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Desenvolvimento Social Sustentado é um conceito que emerge na cultura pós-moderna e se manifesta pela sinergia entre os diversos setores (transporte, educação, habitação, saúde, entre outros). Esse novo modelo de desenvolvimento é um dos paradigmas da nova cultura. Na área da Saúde, o novo paradigma é justamente a Promoção da Saúde.

Os paradigmas acima mencionados se apoiam na observação de princípios gerais que fornecem a base para a emancipação e a autonomia política, econômica e social.

Princípios são proposições diretoras de uma ciência, às quais todo o desenvolvimento posterior dessa ciência deve estar subordinado. A PS (ou a Saúde) e

os demais setores sociais devem compartilhar os seguintes princípios: Políticas Públicas saudáveis, Equidade, melhoria da Qualidade de Vida, Justiça Social, Participação Social, Sustentabilidade, Esforço Nacional (com vontade política) e Internacional para a PS.

No Brasil, os anos 1980 enquadraram a Saúde como uma discussão e ação política e prepararam a Constituinte, resultando numa nova Política Pública de Saúde e num novo sistema de saúde (SUS), colocados dentro da Constituição de 1988. Os anos 1990 foram dedicados prioritariamente à conquista do novo modelo de gestão, caracterizado pela descentralização e regionalização, sendo os municípios a base do sistema, e pela participação e controle social nesse processo. Assim, é imprescindível que os anos 2000 passem a rever e buscar novas práticas quanto ao modelo de atenção que, como foi dito anteriormente, está ainda assentado no modelo biomédico, o qual basicamente cuida da doença através do ato médico. É nesse momento que se torna fundamental a contribuição da PS que, enquanto novo paradigma da saúde, pode fornecer referências fundamentais para um novo entendimento do que é saúde e um novo modelo sobre como cuidar da saúde. Dessa forma passamos para o aspecto metodológico da PS, que envolve diretrizes e estratégias, de modo que suas práticas sejam consistentes e duradouras.

A PS parte do princípio que saúde é mais que ausência de doença e é determinada por condições biológicas, sociais, culturais, educacionais, econômicas, históricas. Nesse sentido, políticas e práticas de PS devem dar conta desses múltiplos determinantes, necessitando para isso de múltiplas ações e de múltiplos métodos — enfoque baseado na complexidade. Segundo MELLO (2000), governos democráticos e participação social são pressupostos para a viabilização de projetos em PS.

A consolidação da PS demanda uma visão transdisciplinar e de diálogo democrático e participativo entre os diferentes atores, e nos diversos contextos envolvidos. Além disso, Políticas Públicas e ações de PS devem ter aceitação social e institucional, e sempre que possível poder ser replicadas. A PS deve ser praticada no cotidiano individual, institucional e coletivo.

**Diretriz** é um conjunto de instruções ou indicações para se tratar e levar a termo um plano, uma ação, um negócio, entre outros, e também um paradigma. As diretrizes específicas da PS podem ser:

- \* consolidação do novo paradigma da Saúde, no espaço técnico - científico, no político e no social (considerando-se os contextos nacional, regional/estadual e municipal).
- \* empoderamento de todos os seus atores (do setores público, privado e terceiro setor).

Com isso, a PS contribui para um novo modelo de compreensão e de atuação da Saúde, com base nos seus determinantes, gerando condições sólidas para uma reorientação dos serviços de saúde.

**Estratégia** é a arte de aplicar os recursos disponíveis com vista à consecução de objetivos específicos. No caso da PS, as estratégias fundamentais são:

- \* Advocacia em Saúde, para a obtenção de meios legais e de representatividade na luta pelo direito de todos à saúde, a ser garantido pelo Estado.
- \* Educação em Saúde, para o empoderamento de gestores, profissionais da saúde e cidadãos, como atores proativos da transformação da cultura.
- \* Intersetorialidade, de modo a colocar a Saúde, entendida dentro do enfoque de seu novo paradigma, na agenda de todos os setores sociais.
- \* Enfoque baseado na complexidade e na transdisciplinaridade para:
  - a) conduzir pesquisas teórico-metodológicas, especialmente aquelas relativas a: determinantes da saúde; características, impactos e demandas da cultura pós-moderna sobre os indivíduos e o coletivo; métodos e técnicas específicos para o desenvolvimento de programas do novo paradigma.
  - b) sistematização, administração e disseminação do conhecimento gerado através das pesquisas e do desenvolvimento de programas. Como exemplo, pode-se realizar um seminário com um tema como: "Por que e para que a Promoção da Saúde?". Tanto as pesquisas como a difusão do conhecimento têm nas Universidades seu principal ator.

**\* Parceria entre o setor público, o privado e o Terceiro Setor, unindo contextos e atores em prol da Saúde, através do intercâmbio de recursos, conhecimentos e práticas. Cabe ao setor público a definição de Políticas Públicas de PS. Mas para que o setor privado e o terceiro setor contribuam efetivamente para a saúde, eles necessitam de uma formação e de uma base de informações para que o planejamento de suas políticas e práticas de PS esteja alinhado com as Políticas Públicas e com o sistema de saúde (SUS). As Universidades podem fazer essa articulação entre os setores, a partir de parcerias com organizações sociais como o Ethos e o GIFE. Alguns dos documentos anteriormente descritos podem ser utilizados para o processo de planejamento, gestão e avaliação dos resultados nessas parcerias. Esses podem ser, principalmente: as Metas do Milênio, Agenda 21, DLIS, Política Nacional da PS, IDH, IPRS, Plano Plurianual da PMSP.**



## **5. OBJETIVO**

Descrever e analisar as políticas e as práticas de Promoção da Saúde de uma empresa do setor privado, localizada na Grande São Paulo, e as diretrizes e estratégias de Promoção da Saúde empregadas pela empresa nesse processo.



## **6. METODOLOGIA**

### **6.1 TIPO DE PESQUISA**

A pesquisa aqui apresentada é uma pesquisa empírica — estudo de caso, envolvendo trabalho de campo, e predominantemente qualitativa. Foram utilizadas entrevistas e pesquisa documental (YIN, 2005).

### **6.2 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA PRELIMINAR**

A escolha da empresa para o estudo de caso foi precedida de uma pesquisa bibliográfica preliminar, uma espécie de reconhecimento do terreno, sobre o assunto que ia ser estudado.

Foram procuradas informações gerais sobre o que é a Promoção da Saúde (PS), qual foi o desenvolvimento histórico dessa disciplina, sobre sua posição no mundo pós-moderno, sobre os seus contextos, atores, diretrizes e estratégias.

Quando ao setor privado, foi pesquisado o assunto da responsabilidade social das empresas. O assunto está correlacionado com o objetivo da pesquisa e é o mais próximo possível à questão da PS no setor privado. A pesquisa bibliográfica abrangeu publicações do mundo empresarial, da imprensa especializada (destinada ao mundo empresarial) e da imprensa em geral. Com essa pesquisa, foi possível obter um panorama de como, no Brasil, as empresas se comportam em relação a itens relacionados com a saúde.



### 6.3 OBJETO DO ESTUDO

O objeto do estudo foi constituído por empresas da Grande São Paulo, que patrocinam ou desenvolvem políticas e práticas tais que possam ser consideradas de PS. A escolha da área da Grande São Paulo justificou-se por ela concentrar grande número de empresas de todos os portes e de vários ramos de atividade, e para facilitar a coleta de dados.

Para se chegar a empresas que desenvolvem programas de PS foi necessário recorrer a publicações sobre o setor privado. Por haver um número maior de publicações no ano de 2006, foram examinadas preferencialmente as publicações desse ano.

Foram também contatadas algumas organizações empresariais dedicadas a atuar na área social: o Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social, e o Grupo de Institutos, Fundações e Empresas - GIFE.

Com a finalidade de obter informações iniciais, foi realizada uma entrevista com a redatora-chefe e coordenadora editorial da publicação "Éxame/VocêSA - As melhores empresas para você trabalhar", da Editora Abril. Na entrevista, foram pré-selecionadas algumas empresas com atividades na área da Saúde ou da PS, localizadas na Grande São Paulo (Anexo VI). Embora as ações em Saúde não sejam o foco daquela publicação, existem ações que as empresas desenvolvem internamente (para seus colaboradores e seus familiares) e externamente (na comunidade onde estão instaladas) que pertencem à área da Saúde.

As questões formuladas durante a entrevista com a redatora-chefe daquela publicação foram:

- existem empresas que já estão desenvolvendo programas de Saúde ou de PS?
- se sim, quais empresas poderiam ser indicadas, e que estejam localizadas na Grande São Paulo?

A partir da entrevista, foram iniciados os contatos com cada uma das cinco empresas indicadas, através de chamadas telefônicas e/ou e-mails, para os diretores de Recursos Humanos (RH). O contato inicial foi formalizado num segundo momento, por cartas enviadas por e-mail para as pessoas indicadas pelos diretores

como sendo os agentes ou informantes mais apropriados, em função dos objetivos da pesquisa. Na carta, descrevia-se a finalidade da pesquisa e se solicitava uma entrevista (**Anexo VII**). Para a entrevista foi preparado um formulário (**Anexo II**) contendo questões sobre o conceito de PS e as políticas e práticas desenvolvidas pela empresa na área da Saúde ou Promoção da Saúde.

O critério utilizado para a pré-seleção foi: empresas com programas de saúde que responderam até à terceira tentativa de contato e que marcaram a visita inicial em até quinze dias após o primeiro contato. Das cinco empresas, foi possível realizar entrevistas em duas delas: Nestlé e Serasa.

Foram também realizadas entrevistas com o presidente do Instituto Ethos (**Anexo V**) e com o Secretário Geral do GIFE - (**Anexo IV**), com a finalidade de pré-selecionar empresas com políticas e práticas de PS, localizadas na Grande São Paulo.

O presidente do Instituto Ethos indicou dez empresas. No site do GIFE constam as empresas associadas que atuam na área da Saúde (**Anexo IX**).

#### 6.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A coleta de dados foi realizada em duas etapas, descritas a seguir.

A primeira etapa constou da seleção da empresa para o estudo de caso:

- \* entrevista com as organizações GIFE e Ethos;
- \* contato com as empresas indicadas;
- \* visitas às empresas que aceitaram colaborar com a pesquisa, para o preenchimento do formulário de pré-seleção (**Anexo II**) do estudo de caso;
- \* análise dos formulários para verificar a pertinência de seus programas à PS:
- \* seleção da empresa com políticas e atividades voltadas para a PS, para estudo de caso;
- \* visitas e pesquisa documental para o preenchimento do formulário de identificação da empresa escolhida (**Anexo I**)

Na segunda etapa foram realizadas as entrevistas com os coordenadores das políticas e práticas de PS da empresa selecionada para o estudo de caso:

- \* foi utilizada a técnica de entrevista através de formulário contendo questões abertas (**Anexo XIV**);
- \* pesquisa documental especificamente sobre políticas e práticas de PS.

## 6.5 ATORES SELECIONADOS E ENTREVISTADOS

Uma vez escolhida a empresa com atuação na área de Promoção da Saúde, foram entrevistados os agentes das políticas e práticas pertinentes: gerentes, coordenadores e outros colaboradores envolvidos naquelas práticas, identificados como "agentes".

Foram realizadas visitas à empresa escolhida e, em reuniões e entrevistas com agentes de políticas e práticas de PS, foram levantadas informações sobre os aspectos mais relevantes dessas atividades.

As entrevistas foram semi-estruturadas, com questões relativamente abertas, as quais foram apresentadas de acordo com o desenvolvimento da reunião, procurando-se garantir que os formulários fossem completados (**Anexo XIV**).

Todas as pessoas entrevistadas nesta pesquisa assinaram o TCLE, segundo as normas do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), conforme o modelo do **Anexo III**. Da mesma forma, a empresa escolhida para o estudo de caso autorizou a execução da pesquisa e o fornecimento de informações por parte de seus colaboradores, para utilização no meio acadêmico (**Anexo VIII**).

Aos entrevistados foram assegurados a privacidade das informações, o anonimato e o direito de desistir da entrevista em qualquer momento. As entrevistas não foram gravadas e foram posteriormente editadas e reencaminhadas aos entrevistados para ciência e autorização de uso nesta dissertação.

## 6.6 PESQUISA DOCUMENTAL

O estudo foi complementado com a análise documental junto ao banco de dados da empresa escolhida — tais como documentos internos e fontes de dados secundários — objetivando identificar informações factuais nesses documentos, quanto às questões de interesse desta investigação.

## 6.7 ANÁLISE DOS DADOS

Foi feita uma descrição do estudo de caso, conduzindo a:

- \* uma análise qualitativa da visão ou percepção que os representantes da empresa estudada têm da PS, bem como da natureza das políticas e práticas de PS nela desenvolvidas;
- \* descrição e reflexão sobre as diretrizes e estratégias empregadas pela empresa em suas políticas e práticas de PS.

Os resultados da pesquisa serão apresentados aos agentes da empresa estudada, com o intuito de contribuir para reflexões sobre a definição de suas políticas e práticas de PS, e as diretrizes e estratégias que podem ser utilizadas, tendo a PS como uma meta da sua responsabilidade social empresarial.

A investigação foi realizada pela pesquisadora em todas as suas etapas.



## **7. POLÍTICAS E PRÁTICAS EM SAÚDE E/OU EM PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SETOR PRIVADO**

### **7.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA**

Conforme mencionado no capítulo 3, foi levantado um panorama geral de como as empresas privadas atuam na questão da responsabilidade social empresarial e, dentro dessa, da saúde. Este panorama contém informações relevantes para a pesquisa. Sua apresentação, ampliada e aprofundada, feita no presente capítulo, antecede o estudo de caso, de modo que possa servir como pano de fundo para a análise da empresa que depois é estudada.

A bibliografia acadêmica referente à Promoção da Saúde (PS) no setor privado é escassa, e para se chegar a empresas que desenvolvem programas de PS foi necessário recorrer a publicações sobre o setor privado e também a algumas organizações empresariais dedicadas a atuar na área social.

De fato, uma pesquisa junto ao banco de teses e dissertações da FEA - USP (Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade) indica que os trabalhos abordando a questão da responsabilidade social das empresas focam de preferência o interesse empresarial (dinâmica empresarial, alianças estratégicas, investimentos, vantagem competitiva) e não o social. Não há referências explícitas à saúde e menos ainda à PS.

Um trabalho, apresentado por brasileiros (do SESI de Santa Catarina) ao Centro de Investigación de Economía e Sociedad (CIES) da Universidade de Barcelona, confirma que o interesse dos empresários pelo movimento de responsabilidade social é alimentado principalmente pela crença que as ações da responsabilidade social corporativa contribuem para a reputação da empresa, para o recrutamento e a conservação de funcionários, para a promoção de transações de

parcerias estratégicas, como ajuda para resistir ao impacto de uma crise, e finalmente para o aumento das vendas (RODRIGUES e PORTILHO, 2005).

Um curso de especialização, oferecido em 2007 pela PUC de Minas Gerais, com o título de "Gestão em Responsabilidade Social", não menciona, no seu programa, nenhum item referente à saúde.

Abordando o assunto por outro ângulo, verifica-se que instituições como o Instituto de Psicologia da USP ou o Departamento de Psicologia e Educação da FFCL de Ribeirão Preto apresentam teses em que a PS é discutida estritamente sob o ponto de vista do psicólogo.

E, finalmente, a Faculdade de Saúde Pública da USP não registra, em seu acervo de teses, nenhum título que relacione alguma empresa do setor privado com a PS.

Melhores informações sobre o assunto desta dissertação foram obtidas fora do meio estritamente acadêmico. Algumas publicações do Instituto Ethos já foram citadas neste trabalho; adicionalmente, pode ser incluída uma série de artigos reunidos num livro organizado por ESTEVES (2000), que confirma o ponto de vista dos dirigentes daquele Instituto.

Uma informação importante para este estudo foi obtida pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), órgão ligado ao Ministério do Planejamento. Denominada "Ação Social das Empresas", a pesquisa foi executada em 2000 e em 2004, e abrangeu todo o País (IPEA, 2006a, 2006b):

"A Pesquisa Ação Social das Empresas é um retrato da participação do setor empresarial em atividades sociais voltadas para as comunidades mais pobres. Ela inaugurou uma nova frente sobre a investigação do envolvimento das empresas no campo social com o objetivo de identificar o papel que o setor privado lucrativo pode assumir na implementação das políticas sociais, ou seja, até que ponto as empresas podem partilhar com o Estado o atendimento dos direitos sociais básicos dos cidadãos. Essa temática, bastante atual, porém ainda pouco explorada, insere-se no debate sobre a relação público/privado

ou sobre a parceria Estado e sociedade na provisão de bens e serviços sociais.

Apesar da crescente demanda por parcerias, o avanço nessa direção tem sido lento, em parte devido á própria dificuldade de romper com velhos hábitos do isolacionismo, em parte por mútuo desconhecimento do que realiza cada um dos parceiros potenciais."

Em 2000, havia mais de 460 mil empresas privadas no Brasil, exercendo alguma atividade de cunho social em benefício das comunidades (cerca de 60% do total das empresas). Esse número passou a cerca de 600 mil empresas (70% do total) em 2004. O dinheiro aplicado nas atividades sociais, entretanto, não cresceu correspondentemente, como o Quadro 7.1 mostra.

**Quadro 7.1 - Gasto social em ações para a comunidade**

Região	Montante Investido (*)		Montante / PIB	
	2000	2004	2000	2004
Sudeste	5,7 bilhões	3,3 bilhões	0,66	0,34
Nordeste	406,6 milhões	537 milhões	0,20	0,22
Sul	500 milhões	562,7 milhões	0,19	0,19
Centro-Oeste	184 milhões	240,8 milhões	0,16	0,18
Norte	75 milhões	93,8 milhões	0,10	0,11
<b>Brasil</b>	<b>6,9 bilhões</b>	<b>4,7 bilhões</b>	<b>0,43</b>	<b>0,27</b>

(\*) Em valores constantes de 2004. Deflacionado pelo INPC médio anual .  
Fonte: IPEA/Pesquisa Ação Social das Empresas, 2006

Vê-se que, apesar de ter aumentado o número de empresas participantes, em termos de porcentagem de PIB, o valor aplicado diminuiu ( de 0,43% em 2000 para 0,27% em 2004). Essa diminuição deve-se à retração observada na região sudeste: enquanto nas outras regiões o montante investido aumentou, na região sudeste houve uma diminuição de 2,4 bilhões.

Quanto às áreas de atuação, as áreas principais foram a alimentação e a assistência social. Em seguida, a educação, a alfabetização, e o desenvolvimento



comunitário. Saúde, esporte e cultura foram as áreas que receberam menor investimento. As crianças foram os alvos principais das ações sociais.

A revista **Carta Capital** publica anualmente (e há nove anos) um número especial em que são escolhidas as **Empresas Mais Admiradas** no Brasil. As empresas são categorizadas em setores, e na edição de 2006 foram considerados 48 setores, a saber: alimentos, agronegócios, artigos esportivos, autopeças, auditoria, bancos de varejo, bebidas alcoólicas, bebidas não alcoólicas, calçados, câmeras fotográficas, cartões de crédito, comércio exterior, companhias aéreas, construtoras e incorporadoras, construção pesada, consultoria, distribuidores de petróleo, eletrodomésticos, eletroeletrônicos, equipamentos de telecomunicações, fabricantes de material de construção, farmacêutico, fast-food, fiação e tecelagem, fornecedores de energia, hardware, higiene e limpeza doméstica, higiene e perfumaria e cosméticos, metalurgia e siderurgia, mineração, montadoras e importadoras de autos, montadoras e importadoras de caminhões, operadoras de telefonia fixa, operadora de telefonia móvel, papel e celulose, petroquímica, previdência privada, provedores de internet, química, rede de hotéis, seguradoras, software, supermercados, transporte e logística, varejo de eletroeletrônicos, varejo de material de construção, varejo têxtil, vestuário e confecção. Cada setor abrangeu, em média, umas doze empresas (CARTA CAPITAL, 2006).

A revista escolheu os seguintes onze "fatores-chaves" para a avaliação: Respeito pelo consumidor, Ética, Responsabilidade social, Qualidade de produtos e serviços, Inovação, Qualidade da gestão, Compromisso com RH, Solidez financeira, Notoriedade, Compromisso com o País, Competir globalmente. Quem atribuiu o grau de "admiração" a cada empresa foram executivos de outras empresas; a revista fez um levantamento dessas opiniões. A classificação, portanto, não refletiu o que pensavam os clientes, ou os consumidores, ou os funcionários das próprias empresas, nem representou quais eram as intenções das diretorias, mas considerou a opinião de funcionários graduados de outras empresas. Nesse sentido, a pesquisa foi relevante, porque refletiu a opinião generalizada nos médios e altos escalões do meio empresarial. Como se vê, alguns indicadores disseram mais respeito ao desempenho puramente empresarial (Inovação, Qualidade da gestão, Solidez financeira, Competir globalmente), e outros refletiram mais a inserção social da empresa (Ética,

Compromisso com RH, Responsabilidade social). A partir dos dados fornecidos pela revista, foram elaboradas algumas estatísticas, que são apresentadas no Quadro 7.2.

**Quadro 7.2 - Número de setores em cada posição dos fatores-chave**

Fator-chave ▼    Posição ►	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Média
Ética	19	13	6	4	3	3	-	-	-	-	-	2,3
Qualidade de Produtos e Serviços	15	11	7	6	6	1	1	-	1	-	-	2,8
Respeito pelo Consumidor	6	13	8	9	4	2	2	3	1	-	-	3,6
Qualidade de Gestão	3	2	12	8	10	9	2	-	2	-	-	4,4
Inovação	2	7	11	7	4	5	3	5	2	2	-	4,7
Solidez Financeira	1	1	2	8	13	9	5	8	1	-	-	5,6
Notoriedade	-	1	-	4	5	7	12	5	9	3	2	7,1
Responsabilidade Social	1	1	2	3	1	7	6	8	9	8	2	7,4
Compromisso com RH	-	-	-	-	-	-	5	10	14	12	7	8,1
Competir Globalmente	-	-	-	-	2	1	4	4	6	6	25	9,7
Compromisso com o País	-	-	-	-	-	-	2	1	4	22	19	10,1

Fonte: CARTA CAPITAL, 2006

Escolhido um "fator-chave", para cada posição desse fator foi computado o número de setores nos quais esse fator aparece na posição considerada. A "posição" reflete a prioridade do fator em sua capacidade de produzir admiração pela empresa que o pratica. Os resultados aparecem no Quadro 7.2. Por exemplo, o Quadro mostra que em 19 setores o fator Ética ocupou a primeira posição quanto ao ser considerado importante para causar admiração; em 13 setores ocupou a segunda posição; em 6 setores ocupou a terceira posição; e assim por diante. Tudo isso, bem entendido, segundo a opinião dos executivos que foram entrevistados para avaliar as empresas.

Os três fatores-chave de maior interesse para o presente estudo são também ilustrados, em forma gráfica, pelos respectivos histogramas (Ética na Figura 7.1; Responsabilidade Social na Figura 7.2; Compromisso com RH na Figura 7.3).

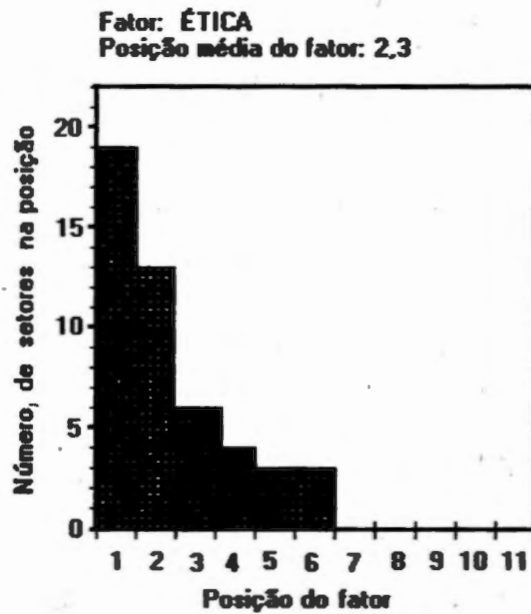


Figura 7.1 - Histograma do fator-chave "Ética"

Fonte: CARTA CAPITAL, 2006

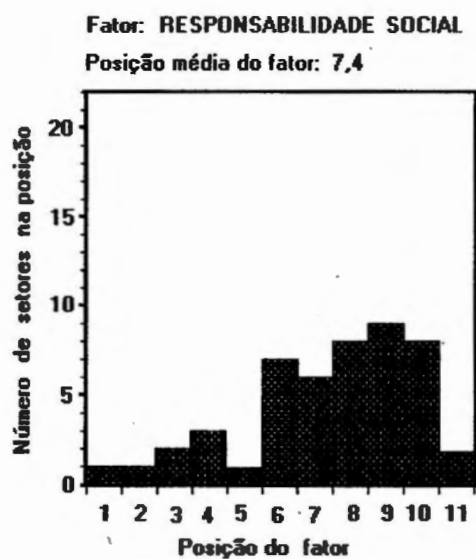


Figura 7.2 - Histograma do fator-chave "Responsabilidade social"

Fonte: CARTA CAPITAL, 2006

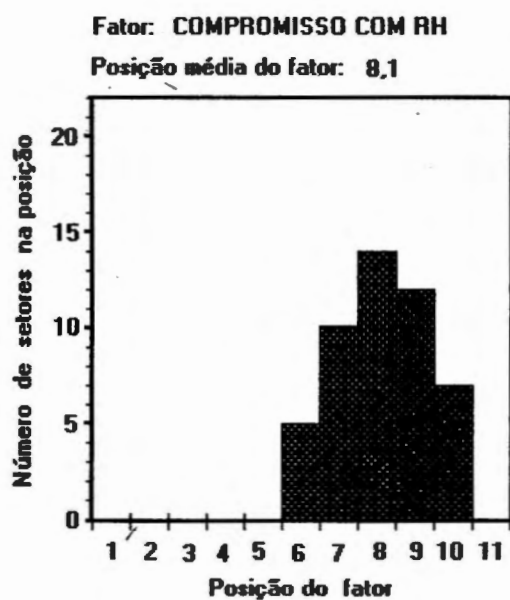


Figura 7.3 - Histograma do fator-chave "Compromisso com

RH". Fonte: CARTA CAPITAL, 2006

O quadro e os histogramas mostram que cada fator-chave tem a sua avaliação mais ou menos adensada em algumas posições. Se se imaginar que o quadro, ou os histogramas, representem para cada fator-chave uma distribuição de massa ao longo das posições, pode-se calcular o "centro de massa" (que alguns chamariam "centro de gravidade") da distribuição. Esse centro de massa nada mais é que uma média ponderada das posições, utilizando-se como peso de ponderação o número de setores que apoiam aquela posição:

$$\text{(centro de massa do fator-chave } i) = [\text{soma (de } k = 1 \text{ até } k = 48) \text{ dos produtos de cada posição pelo respectivo número de setores que colocaram o fator-chave } i \text{ naquela posição}] / 48$$

O denominador 48 aparece porque são 48 setores ao todo (para o cálculo da média). Por exemplo, o centro de massa do fator Notoriedade calcula-se assim:

$$\begin{aligned} \text{Centro de massa do fator Notoriedade} &= \\ &= [1 \times 0 + 2 \times 1 + 3 \times 0 + 4 \times 4 + 5 \times 5 + 6 \times 7 + 7 \times 12 + 8 \times 5 + 9 \times 9 + 10 \times 3 + 11 \times 2] / 48 = \\ &= 7,1 \end{aligned}$$

A última coluna do Quadro 7.2 (Posição Média) registra os centros de massa assim calculados, e a ordem de apresentação dos fatores-chave no quadro foi feita pela ordem crescente dos centros de massa (lembrar que quanto maior é o número que indica a posição de um fator-chave, menor é a sua relevância como produtor de admiração).

Examinando-se os resultados, verifica-se que a Ética (Figura 7.1) tende a ocupar as primeiras posições, entre a maioria dos setores, como um fator-chave capaz de suscitar admiração pela empresa que o pratica em suas atividades. Isso é confirmado pelo cálculo dos centros de massa, que aponta a Ética como o fator mais freqüentemente escolhido como produtor de admiração. Ou seja, segundo os avaliadores, as empresas que demonstraram ter melhor comportamento ético foram mais admiradas do que as outras. E essa é certamente uma boa notícia.

Na escala dos avaliadores, a Qualidade de produtos e serviços vem em segundo lugar, seguida pelo Respeito pelo consumidor. Depois aparecem alguns fatores-chave tipicamente empresariais, como Inovação, Solidez financeira e Notoriedade. A Responsabilidade social e o Compromisso com RH ocupam o oitavo e o nono lugar, respectivamente, e essa não é uma boa notícia. Isso quer dizer que as empresas que colocaram a notoriedade antes da responsabilidade social foram mais admiradas do que aquelas que fizeram o contrário. A posição ocupada pelo fator Compromisso com RH não é animadora: mostra que os executivos, de modo geral, admiraram mais a inovação do que a qualidade de relações trabalhistas, qualidade de vida no trabalho, desenvolvimento profissional, como também a relação vida pessoal/vida profissional. Provavelmente priorizaram ou admiraram o cumprimento de leis trabalhistas e dos direitos do consumidor como medida preventiva quanto a possíveis problemas jurídicos ou de imagem social da empresa. Parece, então, haver certa contradição entre a grande apreciação demonstrada quanto à ética, e a pequena apreciação demonstrada quanto aos aspectos mais sociais e do trabalho.

Examinando-se os dados do Quadro 7.2 ou o histograma da Figura 7.2, vê-se que a apreciação quanto à responsabilidade social é muito distribuída. Pelos dados apresentados pela revista, fica-se sabendo que as empresas de petróleo e de mineração foram muito admiradas quando demonstraram responsabilidade social. Na outra ponta da escala de admiração estão as empresas de auditoria e de software; para essas, a responsabilidade social não foi considerada fator relevante para motivar admiração.

A Figura 7.3 mostra o fator-chave Compromisso com RH. Vê-se que, para todos os setores, a quinta posição foi a melhor posição que esse fator conseguiu obter; em 7 setores, o fator ocupou a penúltima posição.

Finalmente, o Compromisso com o País e a Competição global disputam o último lugar entre os fatores de admiração de uma empresa.

Como outro exemplo do interesse da imprensa pelo assunto da responsabilidade social, pode ser mencionado que o **Jornal DCI (Diário Comércio Indústria & Serviços)**, de São Paulo, publicou uma edição especial em dezembro de 2006, em

que relatou os resultados de uma pesquisa a respeito da **Responsabilidade Social das Empresas**, conduzida durante o ano de 2006 (DCI, 2006). A originalidade dessa pesquisa está em que dessa vez não foram ouvidas pessoas dentro do meio empresarial (diretores e/ou funcionários), mas os dirigentes de 210 ONGs. A classificação das empresas reflete a opinião dessas pessoas. Os indicadores utilizados na avaliação foram os seguintes:

- \* combate à exclusão étnica e de deficientes
- \* atenção à infância e aos idosos
- \* promoção da cultura
- \* favorecimento da inclusão digital
- \* auxílio a comunidades carentes
- \* facilitação do acesso à cidadania
- \* investimento em causas ambientais
- \* treinamento e ensino profissional
- \* revitalização de prédios históricos
- \* esporte

No primeiro número da revista **Saúde Corporativa**, seu editor, Ricardo de Marchi (Marchi, 2006), afirma que "Está na hora de redefinirmos o conceito de saúde. A OMS entende saúde como bem-estar físico, psíquico e social. Nosso esforço tem sido direcionado para acrescer a essa definição o conceito de recurso. É imperativo que o ambiente corporativo [...] perceba saúde como estratégia de contenção de custos e produtividade, e que passe a dar mais ênfase na ação de evitar, do que na de controlar custos."

E no artigo de capa: "Gestão de performance nas empresas" (SAÚDE CORPORATIVA, 2006) é apresentado um panorama dos problemas de saúde dentro das empresas, de suas causas e das formas de atenuá-los. Mostra as vantagens financeiras que a empresa pode ter quando cuida da saúde de seus funcionários, não apenas mantendo planos de saúde, mas promovendo programas internos de conscientização e de prevenção. Cita ainda os seguintes dados:

- \* as pessoas depressivas custam 70% mais que as não-depressivas;
- \* as pessoas estressadas custam 46% mais que as não-estressadas;

- \* pessoas com hiperglicemia custam 35% mais do que as normais;
- \* os obesos custam 21% mais do que os não obesos.
- \* os sedentários custam 10% mais do que os ativos.

Muitas das afirmações acima citadas se baseiam num artigo de 2001 de **S. G. Aldana**, publicado no *American Journal of Health Promotion* e examinado na forma de resumo (ALDANA, 2001), em que esse pesquisador procurou verificar se os programas de Promoção da Saúde, no local de trabalho, reduzem as despesas das empresas, despesas provocadas por absenteísmo ou por cuidados médicos. Aldana analisou 72 estudos, publicados em revistas de língua inglesa, para chegar aos seus resultados. E concluiu que os programas de Promoção da Saúde, no local de trabalho, resultaram correlacionados positivamente com menor absenteísmo e menos despesas com a saúde dos empregados; os programas de condicionamento físico resultaram correlacionados positivamente com menos despesas com a saúde dos empregados.

As informações acima são confirmadas e completadas por uma organização americana chamada *Partnership for Prevention* (que reúne empresas, ONGs e órgãos governamentais), sediada em Washington, cuja finalidade é justamente incrementar a prevenção de doenças e a PS nos Estados Unidos. Quanto à saúde no local de trabalho, a organização reuniu dados publicados por várias fontes, mostrando que (PREVENT, 2007):

- \* o custo indireto (como, por exemplo, devido ao absenteísmo) produzido por má saúde dos empregados é de duas a três vezes maior que o custo médico direto.
- \* as perdas médias de produtividade nos USA, por causa de problemas de saúde dos empregados ou de suas famílias, giram em torno de 1700 dólares por empregado por ano.
- \* uma resenha de 73 estudos sobre programas de PS dentro da empresa mostrou que os programas permitiram economizar uma média de 3,5 dólares (graças a menor absenteísmo e menores despesas médicas) por cada dólar investido no programa.



\* uma outra resenha de 42 estudos publicados sobre programas de PS no ambiente de trabalho mostrou uma redução média de 28% no absenteísmo, de 26% nos custos relativos à saúde, e uma economia de 6 dólares para cada dólar investido nos programas.

Segundo o **Grupo de Institutos, Fundações e Empresas (GIFE)**, entre suas 88 empresas associadas, há 27 que atuam na área da saúde; o volume de verbas destinadas pelo universo de associados a iniciativas nas áreas de educação, saúde, meio ambiente, desenvolvimento comunitário, entre outras, é de R\$ 700 milhões por ano (GIFE, 2007).

De acordo com o **Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social**, verifica-se que, entre seus associados:

- \* 35% das empresas vão além das obrigações legais e têm planos e metas para excelência em saúde;
- \* 19% das empresas têm metas para ultrapassar padrões de excelência;
- \* em 17% das empresas, as metas e os indicadores de desempenho em saúde são definidos com a participação dos empregados e incluídos no planejamento estratégico (ETHOS, 2007).

Como observadora do processo de um novo sentido de responsabilidade social e ambiental no setor privado, a Editora Abril passou a publicar anualmente, a partir de 1997, um Guia em que são classificadas empresas do ponto de vista do empregado: quais empresas são avaliadas como melhores para nelas se trabalhar.

A partir de 2004, as revistas *Exame* e *Você S/A*, ambas do Grupo Abril, publicam uma edição conjunta, (EXAME-VOCÊ S/A, 2004), classificando as **150 Melhores Empresas para se Trabalhar**, no Brasil. Embora a classificação esteja baseada na satisfação dos funcionários, nota-se que as melhores empresas assim classificadas foram também melhores sob o ponto de vista da rentabilidade. De fato, a rentabilidade média do patrimônio das 500 melhores e maiores empresas do país foi de 12,4%; no entanto, nas 150 melhores empresas, a rentabilidade subiu para 17,2%. E nas 10 melhores empresas da classificação daquelas revistas, a

rentabilidade média do patrimônio chegou a 20,7%, concluindo-se, portanto, que é bom para uma empresa ter funcionários satisfeitos.

Um dos itens considerados na classificação foi "Ética e Cidadania", onde foram avaliados programas patrocinados pela empresa, voltados para a comunidade onde ela estava situada. Todas as empresas tiveram algum envolvimento com esses programas. A avaliação foi expressa por número de estrelas, sendo uma estrela o mínimo e cinco estrelas o máximo da avaliação. Verifica-se que metade das empresas recebeu três estrelas; cerca de 15% delas receberam duas ou quatro estrelas; e 10% delas receberam uma ou cinco. Conclui-se que a grande maioria das empresas teve atuação média (na avaliação daquelas revistas) no plano social. Poucas tiveram um envolvimento mais intenso, e foram também poucas aquelas que não se envolveram com os problemas da comunidade onde se encontravam. Entre as empresas avaliadas pela citada revista pode-se mencionar como exemplo: a) um banco cuja preocupação com o meio ambiente era requisito para financiamento e negócios com fornecedores; b) uma multinacional que fez um investimento de 1,8 milhão de reais, em 2003, em programas comunitários; c) uma financeira que realizava treinamento de informática, varejo, telemarketing e orientação vocacional.

A edição de 2005 (EXAME-VOCÊ S/A, 2005) forneceu informações semelhantes. As "melhores empresas" foram escolhidas pela Editora Abril com um critério básico: a qualidade das relações entre os colaboradores e a empresa. O ambiente de trabalho foi avaliado segundo cinco dimensões: credibilidade, respeito, imparcialidade, orgulho e camaradagem. Também foram avaliados: o que a empresa oferecia; qual o pacote de benefícios; a remuneração; ética e cidadania (investimento social); desenvolvimento profissional e equilíbrio entre trabalho e vida pessoal. A média final de cada empresa é uma média ponderada, dando-se 75% de peso para a satisfação dos funcionários, e 25% para a avaliação das práticas e políticas definidas pela própria empresa. Em 2005, inscreveram-se 488 empresas, das quais 233 foram pré-selecionadas para serem visitadas por jornalistas da Editora Abril. No final, foram classificadas 150 empresas, como as melhores onde trabalhar.

De modo geral, pode-se separar a atuação externa de uma empresa, na área social, como indicada pelo item "Ética e Cidadania", da atuação interna (isto é,

voltada para os funcionários), essa representada pelos itens "Equilíbrio (entre trabalho e vida pessoal)" e "Benefícios".

Em relação aos seus próprios funcionários, as empresas revelaram preocupação: 82% delas receberam classificação entre cinco e sete estrelas (sobre um máximo de dez) em relação aos itens somados de "Equilíbrio (entre trabalho e vida pessoal)" e "Benefícios". As atividades consideradas envolvem: clínica médica; cursos sem ligação com a atividade profissional (p. ex. música), entre outras.

Quase metade (49%) das empresas alistadas por aquelas revistas recebeu classificação média (três estrelas, sobre um máximo de cinco) no item "Ética e Cidadania". As atividades típicas foram: manutenção de creches abertas a funcionários e à comunidade; permitir que o funcionário exercesse atividades voluntárias durante o horário de expediente; doações a entidades beneficentes; manutenção de escolas; oferecimento de bolsas de estudo. Muitas empresas, especialmente as pequenas, não chegaram a ter projetos próprios na área social, entretanto elas contribuíram significativamente, financiando ONGs e entidades beneficentes. Um exemplo de empresa diretamente envolvida em programa de saúde foi encontrado no Rio de Janeiro, com um projeto cujo objetivo era "educar para a saúde famílias de comunidades carentes".

De acordo com a edição de 2006 do Guia (EXAME-VOCÊ S/A, 2006), a classificação resultou do cruzamento entre as práticas das empresas — uma avaliação objetiva — com a percepção dos funcionários — uma avaliação subjetiva. Os índices de avaliação foram divididos em três grandes categorias: índice de Felicidade no trabalho, índice de Qualidade de ambiente de trabalho, índice de Qualidade de gestão de pessoas. O terceiro desses índices é aquele que interessa mais para a presente pesquisa. Esse índice, por sua vez, é composto por seis indicadores, que são: Remuneração e benefícios, Carreira profissional, Saúde, Educação, Integridade do trabalhador, Responsabilidade social e ambiental. Desses seis indicadores, serão comentados e interpretados aqui os resultados encontrados pelo Guia quanto a estes três, que têm mais a ver com a PS: Saúde, Integridade do trabalhador, Responsabilidade social e ambiental.

Os índices e os indicadores foram expressos numericamente numa escala de zero a 100, e forneceram o conjunto das "notas" que foram atribuídas às empresas.

Os índices resultaram médias ponderadas dos indicadores, utilizando pesos estabelecidos pela revista.

Para o presente estudo, foram compiladas algumas estatísticas a partir dos dados apresentados pelo Guia, com o intuito de melhor ressaltar o comportamento das empresas (tanto na avaliação objetiva como na avaliação subjetiva) quanto àqueles três indicadores escolhidos. Os resultados são apresentados em forma gráfica. Por conveniência, os valores numéricos atribuídos aos indicadores serão denominados simplesmente "notas".

O histograma da Figura 7.4 mostra como se distribuiu a nota relativa à Saúde entre as 150 melhores empresas do Guia.

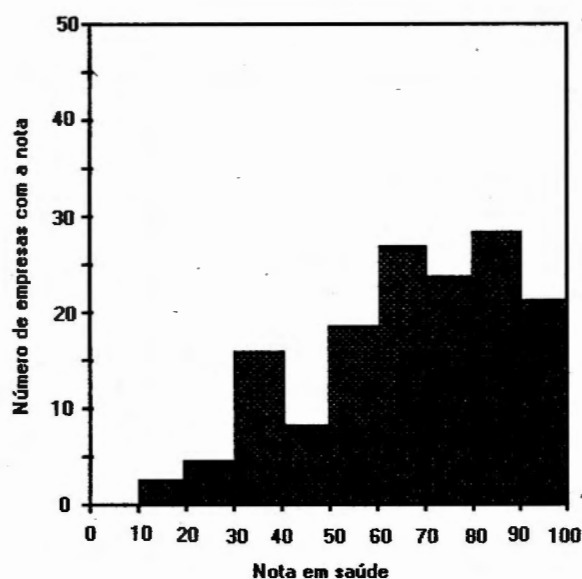


Figura 7.4 - Distribuição das notas do indicador "Saúde"  
Fonte: EXAME-VOCÊ S/A, 2006

Da Figura 7.4, verifica-se que, de modo geral, as empresas deram (ou foram percebidas como dando) bastante atenção à saúde dos funcionários: há 50 empresas com nota igual ou acima de 80. E poucas foram as empresas com nota baixa. A nota média resultou em 67.

As notas relativas à Integridade do Trabalhador distribuíram-se como indicado na Figura 7.5.

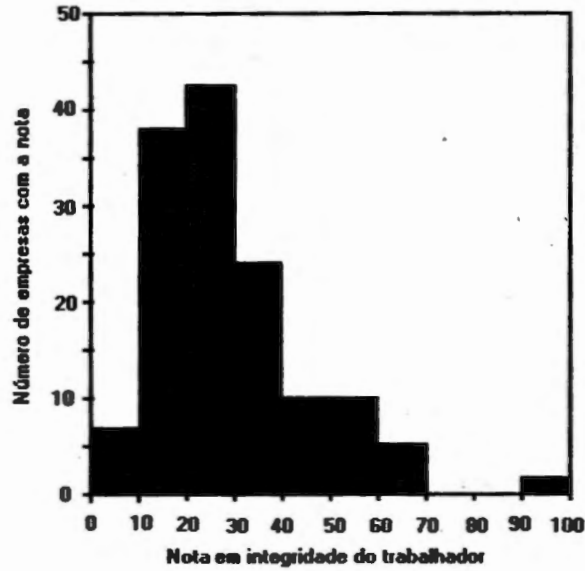


Figura 7.5 - Distribuição das notas do indicador "Integridade do Trabalhador"  
Fonte: EXAME-VOCE S/A, 2006

Da Figura 7.5 verifica-se que a maioria das empresas não deu (ou foi percebida como não dando) atenção suficiente a esse item. Acima de nota 70 só há uma empresa. Obviamente, a nota média resultou baixa: 31.

A nota de Responsabilidade Social e Ambiental é focalizada no histograma da Figura 7.6.

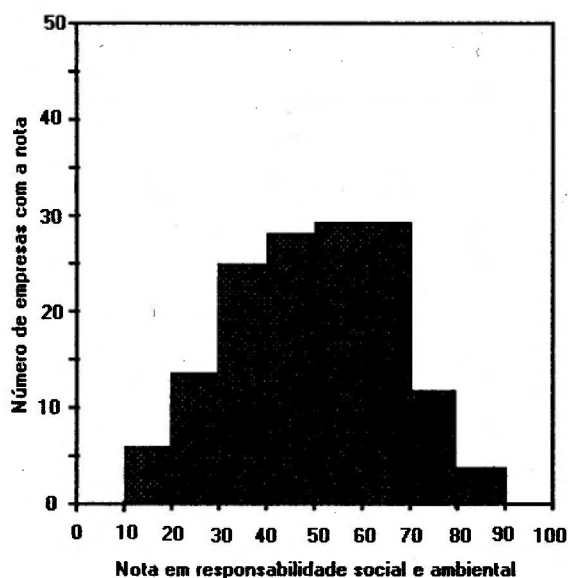


Figura 7.6 - Distribuição das notas do indicador "Responsabilidade Social e Ambiental". Fonte: EXAME-VOCÊ S/A, 2006

Nota-se, na Figura 7.6, uma distribuição quase simétrica em volta da nota 50. Isto é, poucas empresas fizeram muito pouco, poucas empresas fizeram muito: a maioria fez alguma coisa. E a nota média é 49.

Para completar o quadro da avaliação, verifica-se que as notas médias dos outros indicadores que compõem o índice de Qualidade na gestão de pessoas são: Remuneração e benefícios, nota média 52; Carreira profissional, nota média 50; Educação, nota média 65. Resultou uma média geral de 52 para o índice de Qualidade na gestão das pessoas.

Serão comentados agora esses resultados. O melhor desempenho empresarial no indicador Saúde pode ser explicado por ser fácil contratar um bom plano de saúde para os funcionários. A atividade resulta terceirizada, e não preocupa mais a direção da empresa, o que parece reforçar o paradigma que atribui ao indivíduo a responsabilidade pela sua saúde, como, por exemplo, o estilo de vida. Já com os indicadores de Integridade do Trabalhador, e de Responsabilidade Social e Ambiental, a situação não é tão simples de resolver.

No caso da Responsabilidade Social e Ambiental, a empresa tem que se envolver no assunto, não basta terceirizar e esquecer. Algumas formas de terceirização — por exemplo, a empresa cria uma Fundação e passa a ela a tarefa de se preocupar com a Responsabilidade Social — pode resultar em grandes distorções, como apontam os próprios editores do Guia (p. 29):

"Temos visto com grande preocupação, entretanto, um desequilíbrio entre as ações de responsabilidade social para fora da empresa com relação ao que fazem para dentro dos seus muros. Em outras palavras, encontramos organizações com programas sociais e ambientais interessantes e milionários junto à comunidade e que não conseguem abranger os seus trabalhadores e familiares. Muitas vezes, pessoas da comunidade têm acesso a benefícios oferecidos pela empresa que não são oferecidos internamente".

Parece que em tais casos o que interessa à empresa é apenas criar para ela uma boa imagem externa, mais do que realmente preocupar-se com seu papel social ou com o impacto no ambiente.

O indicador de Integridade do Trabalhador (que abrange a integridade física, psíquica e social) é o mais desanimador. A grande maioria das empresas não se preocupa (ou é vista como não se preocupando) se os trabalhadores estão expostos a risco de vida, ou se o ambiente de trabalho é ruim, ou se falta inclusão social, ou se há excessivas pressões que põem em perigo a estabilidade psicológica dos trabalhadores.

Essas conclusões são confirmadas pela análise, que foi feita anteriormente, da classificação apresentada pela revista Carta Capital (das empresas mais admiradas pelos executivos do meio empresarial). As empresas que têm o Compromisso com RH em alta conta não produzem admiração: as empresas mais admiradas colocam o respeito pelos trabalhadores entre os itens de mais baixa prioridade.

Foi julgado interessante verificar se as mesmas empresas que, no Guia, haviam tirado nota baixa (ou alta) no indicador de Responsabilidade Social também haviam tirado nota baixa (ou alta) no indicador Integridade. Ou seja, será que haveria alguma correlação entre os dois indicadores? A Figura 7.7 procura responder a essa pergunta.

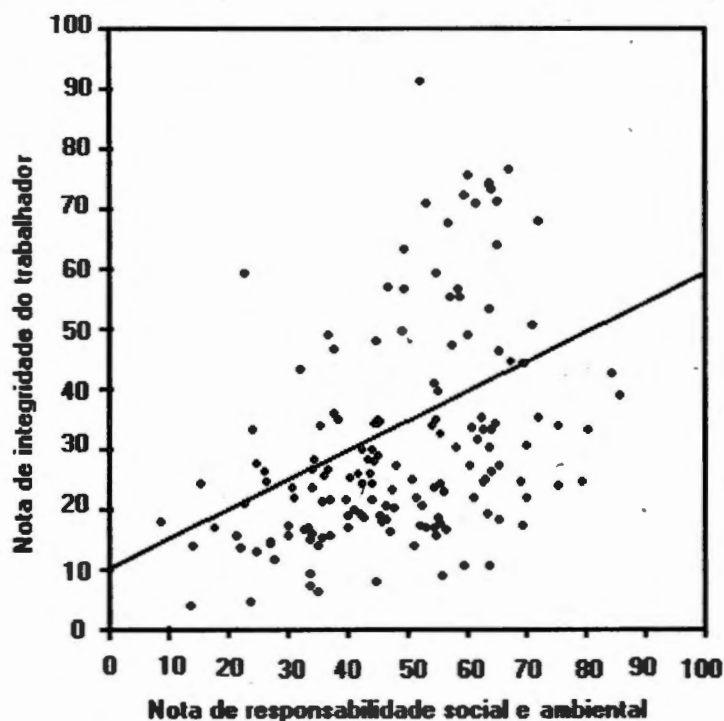


Figura 7.7 - Correlação entre o indicador de "Responsabilidade Social e Ambiental" e o indicador de "Integridade do Trabalhador".

Fonte: EXAME-VOCÊ S/A, 2006

Na Figura 7.7, cada ponto corresponde a uma empresa, e as coordenadas do ponto são as notas da empresa em relação àqueles dois indicadores. A nuvem de pontos mostra que há uma correlação positiva, e o coeficiente de correlação linear vale cerca de 0,4. Então, as empresas que não foram julgadas boas do ponto de vista de Responsabilidade Social e Ambiental também tenderam a não receber nota boa no indicador de Integridade do Trabalhador, e viceversa.

A Revista Exame, da Editora Abril, tem publicado anualmente, a partir de 2000, um número especial, intitulado **Guia Exame de Boa Cidadania Corporativa**, em que empresas são classificadas quanto à sua atuação social, utilizando certos critérios ou indicadores. Serão comentadas aqui as edições desse Guia dos anos 2004 a 2006 (GUIA BCC, 2004, 2005, 2006).



Para a classificação das empresas candidatas, os Guias utilizaram os indicadores do Instituto Ethos (ETHOS, 2006):

- \* Valores, Transparência e Governança
- \* Público Interno (Relacionamento com funcionários)
- \* Meio Ambiente
- \* Relacionamento com fornecedores
- \* Relacionamento com consumidores e clientes
- \* Relacionamento com a comunidade, o governo e a sociedade

Em 2004, foram classificadas 256 empresas (222 empresas em 2005, e 201 empresas em 2006), que no seu conjunto desenvolveram ou apoiaram cerca de 1000 projetos sociais, principalmente nas seguintes áreas:

- \* educação
- \* criança e adolescente
- \* meio ambiente
- \* financiamento de projetos de terceiros
- \* cultura
- \* terceira idade
- \* geração de renda
- \* pessoas com deficiências

Nas áreas sociais dedicadas à Saúde, em 2004 foram classificadas 70 empresas, com um total de 100 projetos, a maioria (72 deles) em parceria com ONGs, governo ou outras empresas. O voluntariado foi utilizado em 47 projetos em Saúde, e cerca de 25 deles aconteceram na Grande São Paulo. O investimento total na área da Saúde foi de 272 milhões de reais (2,7 milhões por projeto, em média). Percebe-se que o investimento especificamente em Saúde foi minoritário. Em 2005 e 2006, os projetos e os valores foram semelhantes.

## 7.2 ENTREVISTAS

Foram também realizadas entrevistas com atores do setor privado, segundo as perguntas constantes do **Anexo X**, para completar o panorama de informações sobre a responsabilidade social empresarial e investimentos em Saúde ou PS. É apresentada a seguir uma síntese das respostas que constam dos **Anexos XI, XII e XIII**.

Quanto ao surgimento, à evolução e ao futuro prosseguimento da responsabilidade social das empresas, os entrevistados referiram que falhas e limitações dos governos em garantir condições adequadas em certos setores sociais (saúde, educação, meio ambiente) tornou importante o papel social das empresas. Nos últimos quinze anos, o setor corporativo conscientizou-se das necessidades da sociedade. Assim, os investidores preferem empresas que tenham uma política clara de responsabilidade social, da mesma forma que os consumidores.

Hoje, as empresas já colocam a responsabilidade social em seu planejamento estratégico, até porque isso faz parte do processo competitivo e assegura a permanência dos empregados. No entanto, ainda há empresas que interpretam a responsabilidade social como fortemente relacionada à filantropia.

Quanto ao futuro, se o planeta for destruído, será inútil falar de governos ou empresas. Daí a importância de uma contribuição positiva das empresas.

Cada vez mais os diversos setores da sociedade estarão trabalhando juntos para resolver problemas que costumavam ser apenas do Estado, uma vez que: o governo tem poder, mas lhe faltam idéias ou dinheiro, para resolver os problemas sociais; as ONGs têm idéias, mas falta dinheiro e poder para colocá-las em prática; as instituições acadêmicas têm muito conhecimento, mas precisam interagir mais diretamente com a sociedade; as empresas têm dinheiro e poder, mas lhes falta a vocação natural de servir a sociedade.

Quanto à possibilidade de conflito entre o desenvolvimento de programas sociais e a finalidade empresarial de gerar lucros, as respostas são concordantes em que não há conflito. Segundo as opiniões dos entrevistados, a função primordial de uma empresa é ser sustentável; ela deve apoiar programas sociais mas esse não é seu

principal papel. Na realidade atual, há Bolsas de Valores que já valorizam mais as ações de empresas com programas sociais.

Podem ser reconhecidas três posturas por parte do empresariado: aquela mais antiga, segundo a qual a empresa deve pagar os impostos, e o governo cuidar do resto; aquela outra, segundo a qual o setor empresarial deve investir dinheiro para resolver problemas sociais e ambientais; e, finalmente, aquela que se torna mais freqüente atualmente, segundo a qual os problemas sociais são sintomas da configuração de todo um sistema, que demanda criatividade e energia para uma transformação radical.

Com relação a como as empresas chegam a desenvolver programas sociais, em geral isso acontece por iniciativa dos gestores. Existem algumas organizações que têm o papel de orientar como as empresas podem participar, como por exemplo o Instituto Ethos.

Quanto aos critérios para a escolha das áreas de atuação, foram mencionadas pelos entrevistados três possibilidades: a natureza do negócio da própria empresa; apoio a entidades já existentes, que se tornam parceiras; as necessidades, os interesses ou a percepção subjetiva de *stakeholders* e gestores.

Os entrevistados concordam que há ganho em imagem e visibilidade para a empresa que investe em responsabilidade social, tais como reconhecimento da comunidade e do consumidor.

As principais necessidades e deficiências na área da Saúde no Brasil, segundo os entrevistados, são: carência de recursos financeiros, de gerenciamento eficaz dos recursos, de integração entre os atores do sistema; educação nutricional de base; atendimento de Clínica Geral.

Ainda de acordo com os entrevistados, as empresas podem investir em Saúde ou Promoção da Saúde por meio de parcerias com o sistema público de Saúde, para: melhoria de qualidade de vida no trabalho; humanização de hospitais; conscientização quanto a alimentos saudáveis, para funcionários e para a sociedade; investimentos para as populações excluídas, e em educação.

### 7.3 COMENTÁRIOS

As opiniões dos entrevistados, acima resumidas, confirmaram o que outras fontes já afirmaram: que, por parte dos dirigentes das empresas, há uma percepção crescente da necessidade de assumir um papel socialmente responsável na comunidade; que é necessária a colaboração entre diferentes atores e de diferentes setores para resolver questões sociais, de sustentabilidade, de saúde e de PS; que o desenvolvimento de programas sociais não conflita com a atividade empresarial de gerar lucros mas que, pelo contrário, uma boa imagem da empresa é útil para os negócios; que há várias modalidades possíveis de investimento social por parte das empresas, e que são utilizados diferentes critérios na definição desses investimentos

Como foi dito anteriormente, a bibliografia e as informações sobre políticas e práticas de saúde no setor privado são pouco específicas. Assim, o panorama descrito indica a necessidade de realizar estudos específicos e extensos sobre políticas e práticas de saúde e/ou PS, em empresas do setor privado. Esse panorama indica também que no caso da PS é necessário um eixo metodológico, conforme buscou-se propor no capítulo 4, para contribuir com uma melhor definição de políticas e práticas de PS no setor privado.

Citando novamente o documento do IPEA (2006a) que trata da ação social das empresas:

"Conhecer, cada vez mais, os modos e os meios empregados na realização de ações sociais por parte das empresas, suas motivações, resultados e procedimentos é, portanto, um caminho importante a percorrer, para que as parcerias almejadas alcancem a escala necessária e possam contribuir para uma mudança radical na condição de exclusão social vivenciada por milhões de brasileiros."



## 8 ESTUDO DE CASO

### 8.1 PROCESSO DE ESCOLHA

Conforme foi descrito anteriormente, na Metodologia deste trabalho, foram realizadas entrevistas com representantes do Instituto Ethos, do GIFE e com a redatora-chefe do Guia Exame/VocêSA, para a seleção da empresa a ser estudada.

O Instituto Ethos informou que tem 1166 empresas associadas, das quais cerca de 400 têm planos e metas para excelência em saúde. Com relação ao GIFE, dos seus 88 associados, 29 atuam na área da saúde. A identificação do número total de empresas atuando em saúde, e possivelmente em Promoção da Saúde (PS), na Grande São Paulo, demandaria uma extensa pesquisa, e mais ainda para descrever as políticas e as práticas nelas desenvolvidas.

Em contrapartida, as entrevistas realizadas em duas empresas pré-selecionadas (Serasa e Nestlé), indicadas pela redatora-chefe do Guia Exame/VocêSA, evidenciaram que: na Serasa, os programas de saúde bem como o entendimento do conceito de PS estão assentados na prevenção de doenças; na Nestlé foram apresentados conceitos e programas mais relacionados à PS e, entre os programas sociais, um na área da nutrição. Também influenciou na escolha a consideração de que erradicar a pobreza e a fome é a primeira das metas a serem atingidas no milênio.

Assim sendo, foi selecionada a Nestlé, empresa produtora de alimentos, como o caso a ser estudado especificamente.

## 8.2 PERFIL DA EMPRESA

O perfil da empresa foi delineado a partir das questões constantes no **Anexo I**, utilizando-se pesquisa documental (impressos da empresa, internet) e dados extraídos dos contatos e entrevistas com os agentes dos programas escolhidos para o estudo de caso.

Segundo a documentação consultada, a Nestlé atua no Brasil com o compromisso social de melhorar as condições alimentares, e desenvolve essa prática de maneira organizada e socialmente responsável. Seu *slogan* é: Nutrição, Saúde, Bem-Estar.

A Nestlé atua no **ramo de produtos alimentícios**. É uma empresa de origem suíça, fundada em 1868 por Henri Nestlé (NESTLE, 2007a, 2007b), um farmacêutico alemão que, preocupado com os altos índices de mortalidade infantil da época, desenvolveu o primeiro produto em 1867: a Farinha Láctea. O produto, à base de leite e de cereais, era uma resposta à necessidade de alternativa segura e nutritiva ao leite materno.

Hoje, a Nestlé é a oitava maior companhia europeia e está entre as quarenta maiores companhias do mundo. No ramo de alimentos, ela é a maior empresa alimentícia do mundo, com 500 fábricas espalhadas em 86 países.

Em 2004 tinha mais de 250 mil funcionários. Em 2005 faturou globalmente 91 bilhões de francos suíços. Os produtos são desenvolvidos e acompanhados pelo centro de pesquisas, na Suíça, que conta com mais de 600 pessoas, entre cientistas e funcionários.

No Brasil, a Nestlé instalou sua primeira fábrica em 1921, na cidade paulista de Araras, para a produção do leite condensado Milkmaid, que mais tarde viria a ser conhecido como Leite Moça. A partir de 1970 incluiu as linhas de produtos farmacêuticos, cosméticos e produtos para animais de estimação.

Atualmente, a Nestlé Brasil ocupa a posição de segundo maior mercado do Grupo Nestlé no mundo, em volume de produção, e o quinto lugar em faturamento. O faturado em 2004 superou os 10 bilhões de reais.

Neste estudo será especificado o perfil da Nestlé Brasil, a partir da documentação consultada e das entrevistas com alguns de seus funcionários.

A empresa tem por **missão**: desenvolver as oportunidades de negócios, presentes e futuras, oferecendo ao consumidor produtos alimentícios e serviços de alta qualidade e de valor agregado, a preços competitivos.

A **visão da empresa** consiste em:

- \* manter a empresa como a maior, em termos de alimentos industrializados, e conseguir a liderança nos segmentos em que atua
- \* assegurar o progresso social e profissional dos colaboradores
- \* contribuir para o desenvolvimento da sociedade
- \* manter a liderança tecnológica
- \* manter a imagem de excelência e qualidade

A empresa declara pautar seu comportamento pelos seguintes **valores**:

- \* qualidade e melhoria contínua dos produtos e serviços, para a satisfação dos consumidores
- \* compromisso, valorização e envolvimento dos Recursos Humanos
- \* compromisso com a verdade
- \* comportamento ético
- \* aperfeiçoamento das relações com clientes, fornecedores e consumidores

A Nestlé afirma que toda sua ação corporativa (NESTLE, 2004, 2006a, 2006b) está alinhada com o Pacto Global da Nações Unidas, que consta de 10 princípios:

**Princípios e direitos humanos:**

1. respeitar e proteger os direitos humanos
2. impedir violações de direitos humanos

**Princípios de direitos do trabalho**

3. apoiar a liberdade de associação no trabalho
4. abolir o trabalho forçado



5. abolir o trabalho infantil

6. eliminar a discriminação no ambiente de trabalho

**Princípios de proteção ambiental**

7. apoiar uma abordagem preventiva aos desafios ambientais

8. promover a responsabilidade ambiental

9. encorajar tecnologias que não agredem o meio ambiente

**Princípios contra a corrupção**

10. combater a corrupção em todas as suas formas, inclusive extorsão e propina

A empresa também afirma que adere aos princípios da Declaração do Milênio da ONU, já apresentada.

Em documentos da empresa (NESTLE, 2006a, 2006b, 2007a) encontra-se a afirmação de que, para agregar valor a longo prazo a seus acionistas, uma empresa também deve criar valor para a sociedade. Os investimentos devem ser bons para a empresa, e bons para os países onde a empresa opera.

Os documentos consultados referem que muita atenção é dedicada à proteção ambiental, através da implementação de programas com:

- \* técnicas de produção de matérias primas agrícolas que respeitem o ambiente
- \* processos que minimizem o consumo de água e de energia, e a produção de resíduos
- \* formas de empacotamento que reduzam o desperdício e permitam o tratamento do lixo de forma a respeitar o ambiente
- \* novas técnicas de recuperação de produtos intermediários e de geração de energia renovável

O progresso em reduzir o impacto ambiental está condensado no seguinte Quadro 8.1, referente à Nestlé mundial, comparando os valores dos anos 1998 e 2006 (NESTLE, 2006c).

**Quadro 8.1 - Produção, insumos e emissões de 435 fábricas da Nestlé Mundial (1998-2006)**

Indicador	unidade	ano 1998	ano 2006	variação em %
<b>Produção</b>				
produção anual	milhões de toneladas de produtos	23.4	38.2	63%
<b>Insumos</b>				
consumo de água anual	milhões de m <sup>3</sup>	218	155	- 29%
<i>consumo específico de água</i>	<i>m<sup>3</sup> por tonelada de produto</i>	9.3	4	- 57%
consumo anual de energia	10 <sup>15</sup> joules	91	84	- 7%
<i>consumo específico de energia</i>	<i>10<sup>9</sup> joules por tonelada de produto</i>	3.9	2.2	- 43%
<b>Emissões e resíduos</b>				
geração de águas servidas por ano	milhões de m <sup>3</sup>	165	118	- 28%
<i>geração específica de águas servidas</i>	<i>m<sup>3</sup> por tonelada de produto</i>	7.1	3.1	- 56%
emissão anual de CO <sub>2</sub>	milhões de toneladas	4.9	4.1	- 16%
<i>emissão específica de CO<sub>2</sub></i>	<i>kg de CO<sub>2</sub> por toneladas de produto</i>	212	106	- 50%
produção de resíduos diversos por ano	milhões de toneladas	0,5	0,5	0%
<i>produção específica de resíduos diversos</i>	<i>kg por tonelada de produto</i>	21.8	11.7	- 46%

Fonte: NESTLE, 2006

De acordo com o Quadro 8.1, podem-se notar os resultados de um esforço continuado. Embora a produção de alimentos tenha até aumentado, parece que o consumo de insumos e a produção de materiais danosos diminuíram ao longo dos anos. O consumo e a produção de materiais danosos, quando relacionados à quantidade de alimentos produzidos, mostram queda em anos sucessivos.

As outras orientações da empresa quanto à **responsabilidade social corporativa** são as seguintes:

\* quanto à agricultura e aos fornecedores:

- práticas de compra que assegurem qualidade, segurança e sustentabilidade
- pesquisa e desenvolvimento por melhores resultados
- transferência de conhecimento e assistência aos pequenos produtores e às fazendas
- parcerias para uma agricultura sustentável

\* quanto à produção e distribuição de alimentos:

- segurança dos alimentos por meio da melhoria dos padrões de operação
- gestão de riscos para a segurança de alimentos
- desenvolvimento de pessoas
- políticas trabalhistas para benefício mútuo
- criação de oportunidade de emprego e desenvolvimento na comunidade
- melhoria dos padrões ambientais
- gestão sustentável da água

\* quanto aos produtos e consumidores:

- pesquisa para benefício do consumidor
- nutrição, saúde e bem-estar do consumidor
- conhecimento e educação para a nutrição e estilos de vida saudáveis

(NESTLE, 2006b)

Segundo a Coordenação da área de Responsabilidade Social da Fundação Nestlé, a atividade social empresarial da empresa começou gradativamente a partir da década de 1990. A empresa, através da área de Assuntos Corporativos, começou a desenvolver atividades pontuais e fez parcerias com ONGs, incluindo a nutrição entre os objetivos dessas ONGs. No final da década de 1990, a empresa começou a desenvolver atividades sociais com base no conceito de investimento social, tendo como um de seus principais projetos o Programa Nutrir.

A Nestlé gera **produtos** nos seguintes segmentos de mercado: águas, alimentos infantis, balas, bebidas achocolatadas, biscoitos, cafés, chocolates, cereais, matinais, lácteos, sorvetes, suplementos alimentares, alimento para cães e gatos, culinários, refrigerados, foodservice e nutrição de performance.

As estatísticas da empresa mostram que, quanto à **clientela**, os produtos da Nestlé Brasil e de suas empresas coligadas estão presentes em 95% dos lares brasileiros, comercializando mais de mil itens, sendo o Leite Moça o de maior volume de vendas.

De acordo com a documentação da Nestlé, a empresa conta com a seguinte **estrutura**:

- \* 15 filiais de venda espalhadas por todo o território nacional
- \* 5 centros de distribuição (São Bernardo do Campo - SP, Cordeirópolis - SP, Recife- PE, Salvador - BA, Belém, PA)
- \* 4 depósitos (Rio de Janeiro - RJ, Belém - PA, Salvador - BA, Ribeirão Preto - SP)
- \* 28 unidades fabris, nos Estados de S. Paulo, Minas Gerais, Bahia, Goiás, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Espírito Santo
- \* uma rede de distribuição de produtos que atinge mais de 1600 municípios

No Brasil, a empresa possui as seguintes **divisões corporativas**: Diretor Presidente, Finanças e Controle, Técnica, Jurídica, Supply Chain, Recursos Humanos, Vendas, Assuntos Corporativos, Comunicação e Serviços de Marketing.

As unidades de negócios (gerências executivas) são as seguintes: chocolates; biscoitos; sorvetes; lácteos, culinários e cereais; cafés, bebidas e foodservice; negócios Norte/Nordeste; Globe Brasil; nutrição.

Os benefícios que a empresa oferece aos funcionários são:

- \* Alimentação: ticket refeição, ticket alimentação, auxílio lactente, grêmio recreativo
- \* Saúde: assistência médica, ambulatório médico, convênio odontológico, reembolso para calçados e palmilhas ortopédicas, reembolso de óculos e lentes de contato
- \* Educação: financiamento de material e uniforme escolar, bolsa de estudos
- \* Social: presente de nascimento, presente de casamento, seguro de vida, seguro de veículo, assistência funeral, suplementação ao auxílio doença, cooperativa de crédito, ajuda para creche
- \* Previdência Privada: plano de aposentadoria programada
- \* Outros: homenagem aos veteranos, festa para filhos de colaboradores

A empresa emprega cerca de 16 mil funcionários diretos, e gera outros 220 mil empregos indiretos, os quais colaboram na fabricação, comercialização e na distribuição dos produtos.

Quanto ao sistema de avaliação de funcionários, as avaliações são utilizadas como suporte para promoções e aumentos salariais. A avaliação do pessoal administrativo, de vendas e dos gestores é feita anualmente, e do pessoal operacional a cada dois anos.

São quatro os tipos de avaliação de desempenho: PDG para gestores, PDG para administrativos, avaliação operacional, avaliação comercial.

As avaliações estão baseadas nos 13 critérios de competência comportamental da Nestlé mundial, que são: liderar pessoas, desenvolver pessoas, praticar o que prega, conhecer a si mesmo, insight, disposição em servir, curiosidade, coragem, cooperação proativa, convencer os outros, foco no resultado, iniciativa, inovação e renovação.

Além desses critérios gerais, existem critérios para avaliar a competência técnica, que dependem da função específica do colaborador.

O sistema de comunicação, para manter os colaboradores informados sobre as ações da Nestlé, utiliza os seguintes meios:

- \* Murais (na Sede e nas Unidades), onde são divulgados os lançamentos da empresa, os cardápios dos restaurantes internos, anúncios classificados dos colaboradores, questões de Nutrição, notícias diversas da empresa

- \* Boletins Informativos, normalmente dentro dos restaurantes das Unidades, com informações locais

- \* "O Presidente e Você", com a palavra do Presidente sobre algum assunto importante da empresa naquele momento, enviado por e-mail e afixados em todos os Murais

- \* Intranet: contém informações da empresa e dos serviços internos, e é canal de contato do colaborador com as diversas áreas

- \* Revista Atualidades: a revista tem distribuição nacional, e a seção de cartas do leitor abre espaço para críticas e sugestões

- \* E-mail de massa: leva comunicações ao público que tem e-mail. Também é canal para receber sugestões

- \* E-mail Conduta Ética: é um canal direto com a Diretoria de Recursos Humanos, que pode ser utilizado pelos colaboradores que se sintam desrespeitados no ambiente de trabalho

- \* Comunicações Internas, emitidas pelas chefias das diversas Áreas e enviadas aos líderes da empresa, em formato de memorando, informando sobre alterações organizacionais ou processos. Os líderes ficam encarregados da divulgação dessas informações dentro das equipes. Com frequência, essa divulgação é feita em reuniões com o grupo, que estimulam a discussão sobre os tópicos abordados

### 8.3 PROGRAMAS EXTERNOS DE INVESTIMENTO SOCIAL

As informações referentes a esses programas (e aos programas internos que constam do item 8.4 deste capítulo) da Nestlé foram baseadas em pesquisa documental e/ou entrevistas com os coordenadores ou responsáveis pelos programas, por meio de formulário contendo questões abertas (Anexo XIV).

#### **Agricultura e fornecedores**

O programa de desenvolvimento da pecuária leiteira (PDPL) destina-se a fornecer assistência técnica aos produtores, por meio de treinamentos ministrados por estudantes de universidades (Univ. Fed. de Viçosa, de Goiânia, ESALQ), nas áreas de medicina veterinária, agronomia, zootecnia, tecnologia em laticínios, engenharia de alimentos, agrimensura. Os produtores aprendem a adotar recursos tecnológicos, sociais e de gestão que possibilitam a redução do custo de produção, o aumento da qualidade do leite captado, a melhoria da produtividade e, em consequência, a melhoria da qualidade de vida de suas famílias.

O serviço ao produtor de leite (SPL) é um programa que se destina a apresentar soluções para as diferentes demandas da atividade leiteira, contribuindo para a melhoria da qualidade da matéria-prima e da produtividade e lucratividade das propriedades.

Outros programas se referem à qualidade do produto, à análise de perigos, à utilização de embalagens recicláveis, a práticas agrícolas sustentáveis (que atendam a exigências econômicas, ecológicas e sociais de longo prazo), à assistência técnica a produtores rurais (orientações sobre o melhor aproveitamento dos recursos naturais e a adoção de sistemas de produção que não provoquem impactos danosos ao meio ambiente). Há ainda programas para o desenvolvimento de recursos ao setor tecnológico (NESTLE, 2006b).

### **Produção e distribuição**

Esses programas procuram valorizar e ampliar a eficiência da rede de distribuidores e de prevenção de acidentes nos serviços de transporte (NESTLE, 2006b).

Na gestão ambiental, a empresa procura monitorar todos os estágios da produção, para identificar os riscos em relação ao meio ambiente. Os colaboradores são continuamente treinados quanto às questões ambientais e à importância da prevenção, para reduzir o consumo de água, de energia elétrica, de óleos combustíveis, e reduzir também a produção de resíduos sólidos e de emissões atmosféricas.

A empresa se preocupa com o problema da reciclagem de lixo, e lançou um projeto para promover a profissionalização, a segurança e a geração de renda para as cooperativas de catadores - Projeto CEMPRE /Nestlé (descrito no próximo capítulo).

### **Produtos e consumidores**

A empresa afirma seguir o código da OMS, quanto à orientação para produtos destinados a lactentes (NESTLE, 2006b).

Existe o serviço Nestlé ao consumidor, que é um conjunto de canais de comunicação (telefone, internet, cartas, telefone e contato pessoal), destinado a transmitir receitas, oferecer sugestões, soluções e serviços.

A Fundação Nestlé Brasil tem a missão de contribuir para o aprimoramento cultural da sociedade brasileira, e concentra os projetos e programas sociais da Nestlé. O principal programa é o **Programa Nutrir** (iniciado em 1999), para contribuir com a educação alimentar de crianças e adolescentes, de 5 a 14 anos, em situação econômica desfavorável. O Programa será descrito em pormenores no capítulo seguinte.

A Fundação Nestlé se ocupa também com o ensino de arte aos adolescentes e de metodologia de ensino. O concurso cultural Viagem Nestlé pela Literatura contribui para a formação de jovens leitores por meio da capacitação de professores de escolas públicas e particulares do Brasil. Na mesma linha, existe o Prêmio Nestlé de Literatura, e a participação na Feira Literária de Parati.



Outras atividades e programas da Fundação Nestlé são:

- \* apoio ao projeto de valorização de crianças e adolescentes, em colaboração com o MEC
- \* distribuição do Estatuto da Criança e do Adolescente, em colaboração com o Ministério da Justiça
- \* colaboração com programas de alfabetização do governo federal
- \* colaboração com a Sociedade Brasileira de Pediatria para ministrar cursos de atualização em pediatria
- \* contribuição para a preservação do patrimônio histórico, em diversas cidades do Brasil. A Nestlé mantém, em sua sede, um Centro de Pesquisa e Documentação, que reúne documentos sobre a história e a identidade cultural brasileira
- \* disseminação de conhecimentos relativamente ao meio ambiente, e patrocínio de eventos culturais e esportivos, especialmente do futebol - Projeto Torcer Faz Bem

#### 8.4 PROGRAMAS INTERNOS

A documentação da Nestlé informa que a empresa mantém canais de comunicação com sua diretoria de Recursos Humanos, que são facilmente acessíveis a todos os colaboradores. Há também programas internos de treinamento e de desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores.

O **Programa Qualidade de Vida**, dirigido exclusivamente aos funcionários, e o **Programa Wellness**, destinado a funcionários e consumidores, serão descritos no próximo capítulo.

## 9 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 9.1 POLÍTICAS E PRÁTICAS DA NESTLÉ NA ÁREA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

A questão de como é entendida a Promoção da Saúde (PS) foi objeto de investigação junto aos funcionários da Nestlé. Para avaliar a opinião que os agentes dos programas tinham a respeito da PS (como eles configuravam a PS, se a diferenciavam da Prevenção, por exemplo), foram entrevistados diversos colaboradores da empresa que trabalham nos programas sociais externos e programas internos (questões do Anexo II).

Quanto ao que os entrevistados definiram como PS, verificou-se um entendimento baseado em: qualidade de serviços básicos de atenção à saúde; ações preventivas primárias e secundárias (como vacinação, diagnóstico e tratamento de doenças), realizadas por equipes multiprofissionais; socialização de informações sobre saúde, dirigidas principalmente para a população mais carente; utilização de técnicas (como oficinas) e estratégias (como Educação em Saúde); vida saudável e equilibrada (conscientização da população quanto ao impacto que o estilo de vida tem sobre a saúde física e mental).

Há funcionários que caracterizaram a PS de forma bastante abrangente, como ilustrado por outras idéias centrais mencionadas nas respostas: melhoria do cenário da Saúde de forma direta ou indireta; conceituação da saúde como incluindo o bem estar físico e mental; respeito ao ambiente; saúde como um direito de todos; tudo o que está relacionado à saúde e que a população não conhece. Muitos funcionários mostraram desconhecer a PS; houve até quem não respondesse à pergunta específica "O que você entende por PS?"

Quanto à questão relativa a projetos desenvolvidos pela empresa e que tinham relação com a PS, a quase totalidade dos projetos mencionados foi considerada, pelos critérios desta pesquisa, como tendo relação com a PS (Programas Nutrir, Qualidade

de Vida, Wellness, Projeto CEMPRE/Nestlé). Entretanto, as justificativas do porquê esses projetos podiam ser classificados como sendo de PS foram do tipo: pela característica preventiva; pelo tema abordado; porque garante que o conhecimento se multiplique; porque trabalha algum aspecto de saúde; porque incentiva o desenvolvimento comunitário; porque sensibiliza colaboradores e consumidores a adotar hábitos de vida saudáveis; porque melhora o bem-estar, a auto-estima e a disposição das pessoas.

Por último, quanto ao porquê os projetos foram desenvolvidos na empresa, foram dadas respostas do tipo: utiliza a *expertise* da Nestlé em nutrição; prevenção de doenças de colaboradores; estão alinhados com os conceitos de nutrição, saúde e bem estar da Nestlé; devido à assinatura da empresa *Good Food, Good Life*; por causa da responsabilidade social da empresa demandada pelo mercado e a preocupação com sua imagem, realizando projetos que deixaram de ser assistencialistas e passaram a visar mais sustentabilidade; responder às necessidades da sociedade, sem colocar-se no lugar do Estado.

De todos os programas desenvolvidos, buscou-se aprofundar o conhecimento daqueles que estão baseados na matriz da empresa em São Paulo, local deste estudo.

Serão apresentados a seguir os programas que têm vínculo com a PS e que são operados por diferentes diretorias da Nestlé Brasil:

\* Diretoria de Comunicações e Serviços de Marketing, Gerência Executiva de Comunicação e Relação com o Consumidor:

- Programa Wellness (Comunicação de Nutrição)

\* Diretoria de RH e Public Affairs

- Programa Qualidade de Vida (Gerência de RH)

- Projeto CEMPRE - Nestlé (Área de Responsabilidade Social)

- Programa Nutrir (Área de Responsabilidade Social)

O Programa Nutrir será descrito com mais pormenores.

O Programa Wellness consiste em difundir conhecimentos a respeito de hábitos de vida saudáveis, através de atividades de comunicação e de marketing, e se destina tanto aos colaboradores da empresa, como aos consumidores. Por exemplo,

para cada área de produção, são ministrados cursos sobre nutrição, de modo a ajudar os responsáveis no desenvolvimento do produto, e também a ajudar os colaboradores a adquirir conceitos básicos de nutrição, para aplicá-los no seu dia-a-dia. O programa é desenvolvido por cinco nutricionistas, e funciona de forma transversal, ou seja, internamente atua em todas as diretorias (gerências e divisões), fornecendo suporte de Nutrição e Alimentação Saudável. E externamente, com os consumidores e os profissionais de saúde, fornecendo informações, patrocinando eventos, incentivando pesquisas.

Quanto a parcerias, o programa patrocina eventos científicos e simpósios, como por exemplo da Sociedade Brasileira de Ciência e Tecnologia de Alimentos (SBCTA), da Associação Brasileira de Nutrologia (ABRAN). A pesquisa científica em áreas ligadas à nutrição, saúde e bem estar é incentivada através do Prêmio Henri Nestlé. A revista Nestlé Bio publica artigos, nessas áreas, de profissionais autônomos e de docentes universitários; ela é dirigida especialmente a nutricionistas e nutrólogos, e pretende constituir-se num canal de comunicação entre a Nestlé e a comunidade científica, gerando conteúdo de interesse profissional e pessoal para o leitor.

Para os consumidores, esse programa ajuda a fazer escolhas mais conscientes para compor suas dietas e assim desfrutar de vida mais saudável. Para a empresa, contribui para o desenvolvimento de novos produtos e para a boa imagem da Nestlé.

**O Programa Qualidade de Vida - *WellNes in Action*** foi criado em 1997, com o objetivo de contribuir para que os colaboradores da Nestlé obtivessem patamares cada vez melhores em seu estilo de vida, adotando hábitos saudáveis e capazes de promover a felicidade.

Sua estrutura está baseada em três pilares de sustentação: educação continuada, mudanças de hábitos, auto-gerenciamento. Os pilares foram escolhidos dentro da filosofia de que cada pessoa é a única responsável por sua qualidade de vida.

As ações do programa, voltadas ao bem-estar e à qualidade de vida dos colaboradores, são: Academia (promove redução do sedentarismo e da obesidade); Ginástica laboral (promove melhor disposição ao trabalho e maior integração entre os colaboradores, entre outros); Cardápio (alimentação saudável e nutritiva); *Quick*

*Massage* e Reflexologia (promove a redução de dores); RPG/Fisioterapia (alternativa para reduzir horas de deslocamento dos usuários); Programa de vacinação contra a gripe (anualmente, reduzindo o absenteísmo); Programa de prevenção à AIDS (distribuição de preservativos, folhetos informativos, palestras e teatro sobre o tema); Semana da Saúde (anualmente, realizando exames clínicos laboratoriais para identificar aspectos da vida que podem ser melhorados); Grupos de corrida; Aulas de dança de salão; Campeonato de futebol inter-fábricas (estimula a prática de exercício físico e a integração dos colaboradores); Atendimento nutricional (comprende a avaliação, elaboração de cardápios personalizados e acompanhamento, estimulando a adoção de hábitos alimentares saudáveis); Lazer (convênios e parceria com parques, teatros e cinemas).

O programa é destinado a todos os colaboradores e a participação em todas as atividades é opcional. Algumas atividades são gratuitas, e para outras é cobrado um valor simbólico. O programa é realizado em todas as unidades da Nestlé Brasil, e as ações são realizadas de acordo com as necessidades e a cultura do local.

A empresa procura a integração com os familiares dos colaboradores, promovendo concursos de desenho infantil e eventos de confraternização em certas datas.

Os profissionais de outros países que vêm trabalhar no Brasil, e os brasileiros que são transferidos para o exterior, recebem apoio administrativo, legal, e de eventos sociais.

O **Projeto CEMPRE - Nestlé** é um projeto de parcerias, destinado a dar apoio às cooperativas de catadores de resíduos sólidos recicláveis e desenvolvido por meio da organização CEMPRE (Compromisso Empresarial para Reciclagem). O público alvo é constituído por pessoas com dificuldades de acesso ao mercado de trabalho: analfabetos, pessoas com baixo nível de escolaridade, pessoas sem a especialização exigida pelo mercado.

O CEMPRE é uma organização sem fins lucrativos, mantida por empresas privadas, dedicada à promoção da reciclagem dentro do conceito de gerenciamento integrado do lixo, e que trabalha para conscientizar a sociedade sobre a importância da redução, reutilização e reciclagem de lixo. O trabalho é executado principalmente

em parceria com governos municipais e ONGs. As ONGs são responsáveis por recomendar e identificar as cooperativas potenciais, auxiliando na articulação com o poder executivo. Já o governo local tem como papel fornecer o espaço físico para o funcionamento da cooperativa, bem como assegurar as condições mínimas de trabalho (instalações elétricas, pintura, entre outros).

O projeto tem como objetivo apoiar cooperativas de catadores que atuam no país, fazendo o devido controle e acompanhamento para atingir as metas de adequação e profissionalização. É fornecido total apoio (equipamentos, informação, capacitação, qualidade, validação de dados e controle de resultados), o qual está vinculado ao cumprimento das metas estabelecidas.

O projeto é realizado nos estados de São Paulo, Pernambuco, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Ceará. Os custos envolvidos são de cem mil reais por ano. Atualmente existem mais de 200 cooperados participando do projeto.

O principal resultado obtido foi o desenvolvimento de um sistema de coleta seletiva de materiais recicláveis, sistema que facilita a inclusão social dos trabalhadores. Este modelo adapta-se facilmente à realidade brasileira em função das características socioeconômicas de nossa população. O sucesso do projeto se deve principalmente à ação dos catadores. Alguns resultados específicos têm sido:

- \* Melhoria progressiva na remuneração do catador (a média nacional atual está em 1,5 salário mínimo por mês)
- \* Reconhecimento da atividade por parte da sociedade civil
- \* Resgate da cidadania e auto-estima dos catadores
- \* Desenvolvimento de redes de sustentação da coleta seletiva de materiais recicláveis
- \* Geração de impactos ambientais relevantes
- \* Apoio a políticas públicas de inclusão social

## 9.2 O PROGRAMA NUTRIR

Para obter informações sobre este programa, foi utilizado o formulário que consta do **Anexo XIV**. Assim, foi entrevistada a Coordenadora do Programa e também colaboradores da equipe técnica: uma Nutricionista, uma Educadora e o Biólogo que fazia parte da equipe em 2006. Além disso, foi realizada pesquisa documental em publicações da empresa. Ainda, foi possível à pesquisadora comparecer, como observadora, a um treinamento, destinado aos voluntários que participam do Nutrir.

A seguir, será descrito o Programa Nutrir. O Programa existe desde 1990. Inicialmente a Nestlé possuía ações sociais pontuais e pouco focadas, denominadas Ações Comunitárias. O Nutrir veio da necessidade da empresa em focar seu investimento social. Nada mais adequado que um programa de educação alimentar – *expertise* da empresa.

O Nutrir está lastreado por **princípios** tais como:

- Linguagem simples – o material didático do programa possui uma linguagem extremamente acessível, eliminando a distância entre a complexidade do tema e o beneficiado
- Respeito à cultura popular – primeiro aspecto considerado antes da implementação do programa na localidade. Conhecer os jogos prediletos das crianças, as brincadeiras de roda, histórias contadas, personagens e folclore local é o primeiro passo para a abordagem da temática da nutrição nas instituições e escolas locais. E o contato se torna mais fácil
- Respeito aos hábitos alimentares locais
- Ludicidade, utilizada para transmissão de conceitos técnicos (nutrição/saúde), baseada na idéia de que a educação alimentar pode ser feita através de brincadeiras e atividades divertidas
- Observação da realidade local
- Diagnóstico com base em ativos – diagnóstico da localidade baseado nos pontos positivos e recursos presentes, e considerando os problemas existentes.

A equipe sempre verifica o que há de interessante na comunidade/escola que pode ser aproveitado/ agregado à metodologia

O Programa Nutrir tem como **pilares** os conceitos de voluntariado, a disseminação da tecnologia e a capacitação.

O Nutrir tem como **público alvo** crianças e adolescentes de 5 a 14 anos, de comunidades sócio-economicamente desfavorecidas. As crianças e os adolescentes beneficiados são provenientes de escolas públicas municipais e organizações sociais não governamentais. São treinados educadores formais da educação infantil e do ensino fundamental; educadores populares de organizações sociais não governamentais; Secretarias Municipais de Educação; Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente.

São **objetivos gerais** do Programa: contribuir para a alimentação saudável de crianças e adolescentes, dentro e fora da escola, e das comunidades envolvidas. E os **objetivos específicos** são: capacitar educadores formais e populares em educação alimentar (conceitos básicos de nutrição, antropometria, higiene, aproveitamento máximo de alimentos, manipulação de alimentos, educação ambiental); contribuir para a mudança do perfil nutricional de comunidades, para que elas mesmas realizem diagnóstico nutricional; contribuir para que o tema da alimentação faça parte das pautas dos Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente; contribuir para impactar positivamente políticas públicas locais de alimentação.

A **equipe técnica** que cuida do Programa consta de oito consultores: 3 educadores, 2 nutricionistas e 3 culinharistas.

Apesar de o Nutrir ser um programa institucional, a base dele é o **voluntariado dos funcionários** da empresa. Esses podem contribuir monetariamente (e, nesse caso, a empresa contribui com valor equivalente), ou com tempo (e, nesse caso, a empresa libera um dia por mês). Mais da metade dos funcionários contribui financeiramente. Os funcionários desejosos de participar pessoalmente do programa recebem treinamento e material pedagógico, elaborado pela equipe técnica, e realizam o trabalho nas comunidades e ONGs participantes do Programa. Nas 21 unidades da Nestlé Brasil, 1500 funcionários doam parte do seu tempo para o Nutrir.



As **práticas** do Programa Nutrir constituem-se de cursos de 16 horas, ministrados por 3 profissionais (educador, nutricionista e culinária), em escolas públicas de educação infantil e fundamental, para coordenadores pedagógicos e merendeiras, e instituições sociais; cursos de capacitação para voluntários do Programa que trabalham nas comunidades (colaboradores da empresa); diagnóstico nutricional das comunidades atendidas, feito pelas pessoas que foram capacitadas.

Uma idéia importante do Nutrir é ter uma **base lúdica**, de modo a tornar o aprendizado leve e gostoso, para as crianças e as mães. As atividades lúdicas e a preparação de receitas ajudam a transmitir informações sobre vegetais, carnes, ovos, leite, frutas e grãos. Procura-se também inculcar nas pessoas noções de higiene (como lavar as mãos antes das refeições, e escovar os dentes depois) e de saúde (saneamento, vacinação). As mães ajudam a disseminar as noções aprendidas para outras comunidades. O aspecto lúdico é completado pelo respeito pela cultura popular e a utilização de linguagem simples e acessível, para a transmissão das informações. As pessoas que cuidam diretamente das crianças e dos adolescentes ajudam a difundir os conhecimentos de educação alimentar, de saúde e de melhor aproveitamento dos alimentos, para que se obtenha uma melhor nutrição, a partir dos recursos disponíveis.

O Programa também produz uma série de **publicações**, reunidas num conjunto chamado Kit Nutrir. Entre elas podem ser destacadas:

- \* receituário (com ênfase no aproveitamento de alimentos freqüentemente desperdiçados, como cará, inhame, legumes)
- \* manual antropométrico
- \* como montar uma horta comunitária
- \* almanaque de cultura popular
- \* ludicidade - o resgate da cidadania através do lúdico
- \* barangandã - 36 brinquedos inventados por meninos
- \* educação ambiental para o educador
- \* livro "Guisadinho", de sugestões para brincar e comer

Como parte do material de formação do Programa Nutrir, foi elaborada a cartilha "Educação Ambiental - Caderno do Educador" (NESTLE, 2006d) para ajudar os professores a apresentar noções de educação ambiental. Em linguagem

acessível ao aluno, são tratados quatro assuntos: a água (o papel da água na vida, a distribuição da água no mundo e especialmente no Brasil, utilização racional da água), a biodiversidade (o equilíbrio do clima, o aquecimento global, a destruição das florestas, a agricultura sustentável), a alimentação (alimentação balanceada, alimentos contaminados), o lixo (o que fazer com os resíduos, diminuição do desperdício, reaproveitamento e reciclagem).

Montar **parcerias e alianças** é também uma forma que tem sido utilizada para aumentar o alcance do Programa Nutrir. Há parcerias com o setor público e o terceiro setor: Secretarias Municipais de Educação; Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente; Secretarias de Saúde; ONGs e semelhantes.

A parceria acontece toda vez que é eleito um município para atuar ou quando o município demanda o Programa. A Fundação Nestlé fornece o curso de formação, material didático e equipe de consultores. O município se responsabiliza pelo espaço físico no qual será realizado o curso. A Secretaria de Educação fica responsável pela triagem das escolas e dos profissionais que farão o curso.

O Nutrir tem ramificações, como as Cozinhas Comunitárias, inicialmente lançado em 2002, no Rio de Janeiro, em parceria com a Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro, a Arquidiocese e o Instituto Cultural Akatu, e tem como meta melhorar a qualidade de vida das pessoas em comunidades mais pobres, divulgando e aperfeiçoando os conceitos de alimentação saudável e trabalho voluntário. A idéia é ter uma cozinha coletiva, administrada pela própria comunidade. Além de ajudar na educação alimentar da comunidade, o Programa contribui para gerar renda familiar e a inclusão no mercado de trabalho, por capacitar as mães na área de serviços domésticos.

No Estado da Paraíba foi feita uma parceria, com a Universidade Federal, que capacitou escolas de educação infantil e fundamental do município de João Pessoa. A Pró-Reitoria da Universidade solicitou a realização da parceria com o Programa. O Nutrir capacitou uma equipe formada por membros da Universidade, Secretaria Municipal de Educação e do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente, e capacitou diretamente educadores de 30% das escolas da rede municipal. Hoje, toda a rede municipal de ensino já passou pela formação do Programa Nutrir, por meio do trabalho dessa equipe, que se apropriou dos conceitos

e da metodologia do Programa. A experiência deu tão certo que o município de João Pessoa já está irradiando a formação em educação alimentar para outros municípios do Estado da Paraíba.

Os custos envolvidos, com responsabilidade direta da Nestlé, são de 1,2 milhão de reais por ano.

A aceitação do Nutrir pelas comunidades e educadores/ escolas é excelente. O curso é muito bem recebido.

Segundo a coordenadora do Programa, das ações do Programa Nutrir foram colhidos excelentes resultados. Não só o Programa, nas suas diferentes modalidades, já foi implementado em diversos municípios dos estados de SP, MG, RJ, BA, RS, DF, PR, PE, como ainda está em desenvolvimento em outros países, como México, Argentina, Colômbia, Tailândia, Indochina, Austrália.

A cobertura do Programa Nutrir no Brasil está ilustrada nas Figuras 9.1 e 9.2, apresentadas a seguir.

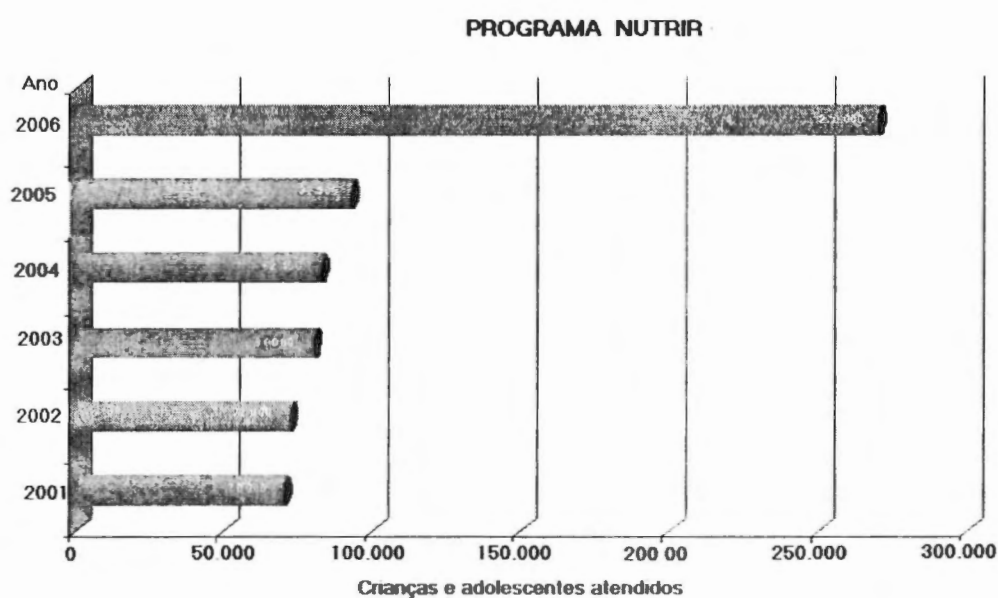


Figura 9.1 Evolução do número de crianças e adolescentes atendidos pelo Programa Nutrir, no período 2001-2006. Fonte: Programa Nutrir, Fundação Nestlé.

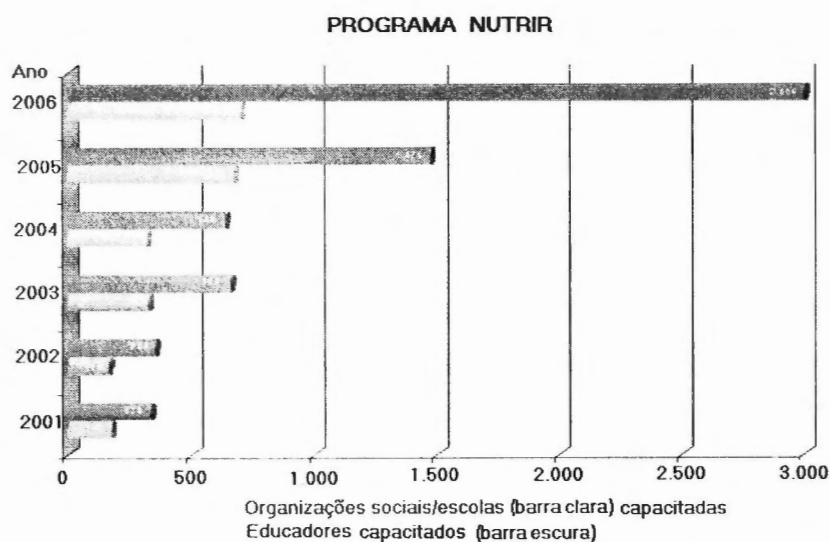


Figura 9.2 - Evolução do número de educadores e de organizações sociais/escolas capacitados pelo Programa Nutrir, no período 2001- 2006.

Fonte: Programa Nutrir, Fundação Nestlé.

Até 2006, a cobertura do Programa incluiu mais de 665 mil crianças e adolescentes beneficiados; 6.500 educadores capacitados, em 2.400 escolas e organizações sociais, em 61 municípios de 10 estados e Distrito Federal.

Ainda segundo a coordenadora da Programa Nutrir, o atendimento da população alvo tem aumentado ano a ano devido às parcerias construídas, como é evidenciado nas Figuras 9.1 e 9.2, especialmente no que diz respeito ao número de educadores capacitados e ao número de crianças e adolescentes beneficiados.

Quanto às **deficiências**, foi verificado que há necessidade de um acompanhamento mais sistemático dos desdobramentos das ações no longo prazo.

### 9.3 DISCUSSÃO

O tema desta dissertação é amplo e complexo, e um tanto recente na academia. Tal característica obrigou a gerar um grande volume de informações, com a finalidade de situar, fundamentar e analisar a questão em estudo. Assim, os resultados apresentados e sua análise constituem uma primeira fase de sistematização das informações coletadas.

Com relação ao setor privado, foi possível constatar um aumento progressivo, nos últimos anos, no número de publicações sobre a responsabilidade social das empresas e suas atividades sociais. Em contrapartida, o volume de recursos investidos, nessas atividades, tem diminuído em termos absolutos, especialmente na região sudeste. A maioria das empresas de médio e grande porte tem uma atuação média no plano social, desenvolve principalmente um trabalho filantrópico, e tem pouco conhecimento da comunidade onde desenvolve suas atividades sociais. São poucos os investimentos diretos em saúde e eles ainda têm diminuído ao longo do tempo. Predominam atividades de prevenção primária, mas com dispersão dos recursos alocados.

Em contraste, os investimentos em educação e esportes têm aumentado, o que pode estar relacionado à questão da imagem da empresa. Provavelmente isso se relaciona ao que foi abordado neste estudo, que os programas sociais não conflitam com a função principal das empresas, que é gerar lucro. Pelo contrário, com os programas sociais há um ganho de imagem e visibilidade.

Em geral, as empresas investem em programas sociais por iniciativa dos seus gestores, ou pela ação de empresas sociais de intermediação, como o GIFE. Os critérios de escolha para o investimento estão relacionados à natureza do negócio da própria empresa, ao apoio a entidades parceiras, ou percepção subjetiva dos gestores e de *stakeholders*. São três as diferentes posturas do empresariado quanto à responsabilidade social corporativa: 1) que a empresa paga impostos justamente para que o governo cuide das questões sociais; 2) que a empresa deve investir para resolver problemas sociais e ambientais; 3) que os problemas sociais são sintomas da configuração do sistema social, o que demanda que todos os setores devam participar e investir, para uma transformação social.

Quanto aos programas internos relativos à saúde ou à PS, foi constatado que poucas empresas estão preocupadas com a integridade psicossocial do trabalhador. A maioria das empresas objetiva a produção e a gestão sustentável, e para isso garante a saúde física dos seus funcionários, pela contratação de planos de saúde. Complementarmente, através de programas internos, os trabalhadores recebem cuidados de prevenção primária e passam a ser conscientizados da importância do estilo de vida sobre a saúde. Essas ações contribuem para uma diminuição nos custos que os problemas de saúde dos funcionários faz incidir nas empresas (por absenteísmo, baixa produtividade, entre outros).

Conforme citado anteriormente, a Nestlé foi selecionada como o caso a ser estudado, entre outros motivos, porque:

- desenvolve programas relativos à erradicação da fome;
- conduz programas relacionados aos objetivos e estratégias da Política Nacional de Promoção da Saúde, na qual, das seis estratégias indicadas, três delas se referem diretamente a questões abordadas por programas Nestlé: implantação das recomendações da Estratégia Global de Alimentação Saudável e Atividade Física; estímulo à alimentação saudável na perspectiva da segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as Metas do Milênio; estímulo à prática de atividades físicas e de lazer;
- colabora com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que aborda os males relativos à escassez alimentar e à pobreza (principalmente a desnutrição infantil e materna), bem como às altas taxas de prevalência de sobrepeso e de obesidade já existentes no Brasil (MS, 1999; PNAN, 2000).

A partir da década de 1990, as atividades sociais da Nestlé Brasil passaram a estar embasadas no conceito de investimento social, o que acompanhou o movimento mundial nesse sentido e foi facilitado pelo fato de a empresa ser multinacional.

Os programas externos de investimento social têm como principal critério de escolha a natureza do negócio da empresa. A responsabilidade social corporativa, segundo a empresa afirma, baseia-se no fato de que para agregar valor aos acionistas, a longo prazo, é necessário criar valor para a sociedade; que investimentos bons para a empresa devem ser bons também para os países onde ela opera; que a empresa

adere ao Pacto Global das Nações Unidas e da Declaração do Milênio. Esses propósitos apontam na direção das segunda e terceira posturas do empresariado, antes mencionadas. E os programas sociais da Nestlé são geridos por uma Fundação própria.

Os programas sociais da empresa não foram definidos a partir de uma visão clara da PS; eles utilizam estratégias da PS, mas não têm a PS como meta. Como exemplo, pode ser mencionado o fato de que a empresa tem nas parcerias com o terceiro setor e com o setor público um poderoso meio de expansão do alcance de seus programas sociais.

Quanto ao CEMPRE- Nestlé, constata-se que os esforços empenhados na formação de cooperativas de catadores têm grande impacto social, pois os investimentos nessa área resultam na imediata geração de renda para populações normalmente alijadas do mercado de trabalho, e apoiam as políticas públicas de inclusão social. Os impactos ambientais são também relevantes. Essa participação acaba fortalecendo a imagem da companhia na prática de sua responsabilidade social e ambiental.

A empresa aplicou sua *expertise*, ou seja, atuar no ramo de produtos alimentícios, desenvolvendo o Programa Nutrir. Esse programa surgiu a partir da necessidade de dar foco ao investimento social.

O Programa está lastreado por princípios tais como: linguagem simples, respeito à cultura popular, respeito aos hábitos alimentares locais, ludicidade, observação da realidade local, diagnóstico com base nos recursos e necessidades locais, o que contribui para um alto grau de replicação e auto-sustentabilidade do Programa.

Embora o Programa Nutrir não esteja assentado formalmente na PS, ele utiliza princípios que favorecem a emancipação social e a autonomia econômica. Podem ser citados outros exemplos: a realização desse programa tem como pilares o trabalho voluntário dos colaboradores, a transferência de conhecimentos técnicos-científicos e de competências para as comunidades, objetivando sua autonomia; busca de métodos e técnicas que respeitam a realidade dos locais onde o programa é desenvolvido; contribui para impactar PP locais de alimentação de forma positiva.

Se considerarmos a proposta antes apresentada, de uma possível metodologia para a PS, verifica-se que o Programa utiliza estratégias da PS, principalmente a Educação em Saúde e o desenvolvimento de parcerias.

Cerca de um bilhão de pessoas, no mundo, está em situação de insegurança alimentar, isto é, não têm acesso a alimentos básicos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer a satisfação de outras necessidades essenciais. Aos poucos, vem se formando a consciência de que o direito à alimentação é um direito básico do ser humano, e que a sociedade e o Estado têm o dever de providenciar segurança alimentar para todos. Em 2006, no V Encontro Nacional do Fórum Brasileiro de Segurança Nutricional, tal proposição foi confirmada, com a elaboração da "Carta da Cidade de Belo Horizonte" (ASP, 2006).

A fome é um dos grandes problemas do Brasil. E a desnutrição está mais ligada à falta de informações sobre o aproveitamento, a conservação e a distribuição inadequada dos alimentos, do que propriamente à falta deles, já que um terço da população não tem acesso à educação e à saúde.

O Brasil é um dos maiores produtores de alimentos do mundo e tem uma extensa área cultivável. Sua população deveria viver na fartura. Mas ao lado da fartura na produção, existe também um grande desperdício, em toda a cadeia produtiva e de distribuição. Há desperdício na colheita, no transporte, no armazenamento, na comercialização, até em restaurantes e no ambiente doméstico. Embora ainda não muito precisas, as avaliações já feitas por estudos e pesquisas mostram que o que se perde, com essa falta de cuidado, alimentaria milhões de brasileiros.

Dentro da cultura empresarial (ETHOS, 2004, 2006a) já existe a idéia de que uma empresa deve evitar o desperdício. As perdas geram custos, redução de competitividade, diminuição do lucro, podem até comprometer a saúde financeira, e de modo geral produzem uma imagem negativa.

Numa publicação do Instituto Ethos (ETHOS, 2005, p. 22) são citadas algumas ações, sugeridas pelo engenheiro agrônomo Celso Luiz Moretti, para ajudar a combater o desperdício de alimentos como, por exemplo, a educação da mão de obra que trabalha com alimentos, e também dos consumidores.



Esse tipo de atividade se beneficia muito de parcerias entre empresas produtoras de alimentos e outras empresas, ONGs, instituições sociais, e é muito aberto ao voluntariado. Ceagesp, Embrapa, Nestlé, SESC, SESI são algumas das empresas ou instituições envolvidas em programas de redução de desperdício.

Um dos focos da PS é a promoção da alimentação saudável. Essa deve ser desenvolvida no cotidiano dos indivíduos, com a finalidade de promover saúde e prevenir doenças. Assim, as Políticas Públicas dessa área recomendam considerar hábitos alimentares regionais e o consumo de alimentos *in natura*, ou minimamente processados, de elevado valor nutritivo e preferencialmente produzidos em nível local.

Quanto aos programas internos da Nestlé, o que se verificou é que esses também aproveitaram a *expertise* da empresa. Colaboram com estratégias da Política Nacional de Promoção da Saúde, como o estímulo à prática de atividades físicas e de lazer. A empresa também procura diminuir custos relativos má saúde dos funcionários, através de atividades de prevenção primária e conscientização sobre o estilo de vida.

## 10 CONCLUSÕES

### 10.1 SOBRE O TEMA E O OBJETIVO DA DISSERTAÇÃO

Mudanças na economia global e na capacidade resolutiva dos governos com relação a questões sociais tornaram importante o papel social do setor privado, principalmente com relação à Saúde ou Promoção da Saúde (PS). No caso do Brasil, a saúde é um direito assegurado pela Constituição. Tradicionalmente, são conhecidos a experiência e o conhecimento acumulados pelo Terceiro Setor quanto a questões sociais.

O setor privado poderá ser sensibilizado para as questões da saúde e da PS e, para o planejamento estratégico de suas ações ou programas de responsabilidade social, ampliando sua atuação e melhorando os resultados. Para isso, o setor privado deve ser adequadamente abordado e ter suporte, além de organizações sociais de intermediação, também pela universidade, a qual tem nisso uma oportunidade de uma interação mais direta com a sociedade. O desenvolvimento de parcerias é uma estratégia fundamental, uma vez que as questões sociais atuais são complexas e demandam visões e esforços conjuntos.

O caso aqui estudado — uma empresa fundada no século XIX e que se constitui agora na maior empresa mundial de produtos alimentícios — evidencia que o longo tempo de existência e sucesso dessa empresa deve-se, entre outras coisas, à percepção e ao desenvolvimento de sua responsabilidade social. Isso pode ser verificado através de sua missão, visão empresarial, e valores.

O desenvolvimento de metodologia para a PS é importante e pode ter na academia seu principal ator, até para uma adequada parceria com organizações sociais de intermediação, empresas e o setor público, além de ser uma forma de colaborar para a consolidação do novo paradigma Promoção da Saúde.

## 10.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Promoção da Saúde é um novo paradigma da Saúde na cultura pós-moderna. Como cidadãos brasileiros, e do mundo, temos que ser educados para essa nova cultura e, como atores da academia e profissionais da Saúde, muito temos que pesquisar, agir, transformar em nós mesmos e no nosso ambiente imediato ou amplo — recriar a cultura além de reproduzi-la.

A leitura minuciosa e reflexiva da Declaração Universal dos Direitos Humanos (da ONU) e, como brasileiros, da Constituição Brasileira (sobre os direitos e deveres do cidadão), pode servir de subsídio fundamental para todos nós, cidadãos e profissionais, que vivemos e atuamos nestes tempos de paradigmas em permanente construção, demolição e reconstrução.

Assim sendo, há pela frente um processo coletivo (e de cada um) para: contribuir com a redemocratização do país (e do Estado na Saúde); incentivar o exercício ativo da cidadania; e consolidar o paradigma da Promoção da Saúde.

Por fim, registro que a elaboração desta dissertação se constituiu em jornada motivadora e organizadora, tendo em vista as informações e experiências que obtive, e pela oportunidade de refletir sobre elas e integrá-las à minha vida pessoal e profissional, a qual se transformou.

Encerra-se um ciclo importante da minha vida, ao mesmo tempo que se inicia um novo, enriquecido por essa experiência.

"PS": Saúde!

## REFERÊNCIAS

- ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. *Declaração do Rio*, 2006, disponível em <[www.abrasco.org.br/imprimir.php?opcao=noticia&id\\_noticia=47](http://www.abrasco.org.br/imprimir.php?opcao=noticia&id_noticia=47)>, consultado em abril de 2007.
- ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. *Política Nacional da Promoção da Saúde - Agenda Nacional de Promoção da Saúde 2005-2007*, Rio de Janeiro, 2007, disponível em <[www.abrasco.org.br/GTs/GT%20Promocao/Seminario%20de%20efetividade/Adriana%20Castro%20P NPS%20RJ%20Mesa%2013\\_05.ppt](http://www.abrasco.org.br/GTs/GT%20Promocao/Seminario%20de%20efetividade/Adriana%20Castro%20P NPS%20RJ%20Mesa%2013_05.ppt)>, consultado em abril de 2007.
- ALDANA, S. G. *Financial Impact of Health Promotion Programs: A Comprehensive Review of the Literature*, American Journal of Health Promotion, may/june 2001, vol.15, n.5 p. 296-320, resumo disponível em <[www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list\\_uids=11502012&query\\_hl=2&itool=pubmed\\_docsum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=11502012&query_hl=2&itool=pubmed_docsum)>, consultado em abril de 2007.
- ASP- Ação Social do Paraná. *Carta da Cidade de Belo Horizonte*, 2006, disponível em <[www.acaosocialdoparana.org.br/?system=news&action=read&id=220&eid=295](http://www.acaosocialdoparana.org.br/?system=news&action=read&id=220&eid=295)>, consultado em abril de 2007.
- AZEVEDO, E. A. *Organizações Sociais*, 2005, disponível em <[www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista5/5rev6.htm](http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista5/5rev6.htm)>, consultado em abril de 2007.
- BAWB - Business as Agent of World Benefits. *Histórico das Conferências anteriores*, BAWB Brasil, Curitiba, Paraná, 2004, disponível em <[www.bawb.org.br/bawb2004](http://www.bawb.org.br/bawb2004)>, consultado em abril de 2007.
- BAWB - Business as Agent of World Benefits. *Center for Business as Agent of World Benefits*, Cleveland, Ohio, USA, 2007a, disponível em <[worldbenefit.cwru.edu](http://worldbenefit.cwru.edu)>, consultado em abril 2007.
- BAWB - Business as Agent of World Benefits. *Negócios para um mundo melhor*, BAWB Brasil, Curitiba, Paraná, 2007b, disponível em <[www.bawbbrasil.com.br](http://www.bawbbrasil.com.br)>, consultado em abril de 2007.
- BERTAZZO, N. *Parcerias e Projetos*, Escola do Movimento, São Paulo, 2007, disponível em <<http://www.ivaldobertazzo.com.br>>, consultado em abril de 2007.

- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil* (1988), Brasília, Senado, 1988.
- BRASIL - Ministério das Relações Exteriores. *Meio Ambiente - Rio92*, Brasília 1992, disponível em <[www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/relext/mre/agintern/meioamb/index.htm](http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/relext/mre/agintern/meioamb/index.htm)>, consultado em abril 2007.
- BRASIL - Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração de México*, Brasília, 2001.
- BYDLOWSKI, C.R., WESTPHAL, M.C., PEREIRA, I.M.T.B. *Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não!*, Saúde e Sociedade, v. 13, n.1, jan-abr. 2004.
- CANEL, R. C. *Metodologia da diversidade: lidando com o complexo - Parte I*, apostila de curso, São Paulo, 2001, registrado na Biblioteca Nacional sob o número 284.430, livro 442, folha 90.
- CANEL, R.C., CASTRO, C.G.J. *A Advocacia em Saúde como uma estratégia para a Promoção da Saúde*", a ser publicado em Revista de Direito Sanitário, São Paulo, 2007.
- CANEL, R. C., PELICIONI, M.C.F. *Psicodrama pedagógico: uma técnica participativa para estratégias de Promoção da Saúde*, a ser publicado em O Mundo da Saúde, São Paulo, 2007.
- CARTA CAPITAL. *As empresas mais admiradas no Brasil*, São Paulo, Carta Capital Especial, novembro/dezembro de 2006.
- CARTA CAPITAL. *Nem caos nem o céu*, São Paulo, Carta Capital, 23 de maio de 2007, p. 30.
- CEPEDOC - Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades e Municípios Saudáveis. *Currículo*, CEPEDOC, São Paulo, 2006.
- CEPEDOC - Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades e Municípios Saudáveis. Desenvolvido pela Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2007, disponível em <[www.cidadessaudaveis.org.br/cepedoc.htm](http://www.cidadessaudaveis.org.br/cepedoc.htm)>, consultado em abril de 2007.
- CERQUEIRA, M.T. *Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas*. In: Organización Mundial de la Salud, *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial*. Ginebra, Editorial de La Universidad de Puerto Rico, p. 7-48, 1997.

- COHN, A., ELIAS, P.E.M. *Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços*. São Paulo, 2003, Cortez.
- CONASEMS-Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *Pacto de Saúde*, Brasília, 2006, disponível em <[www.conasems.org.br/files/dia27/Of2ConstruindoMinisterioSaude02.pdf](http://www.conasems.org.br/files/dia27/Of2ConstruindoMinisterioSaude02.pdf)>, consultado em maio de 2007.
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários da Saúde. *O SUS: avanços e desafios*. CONASS, Brasília, 2006.
- CRIANÇA - Projeto Criança Esperança, UNESCO e REDE GLOBO, Rio de Janeiro, 2007, disponível em <[criancaesperanca.globo.com/CEesperanca/0,6993,GRJ0-6114-232736,00.html](http://criancaesperanca.globo.com/CEesperanca/0,6993,GRJ0-6114-232736,00.html)>, consultado em abril de 2007.
- DCI. *Marcas e Ação Social*, Edição especial do DCI - Diário Comércio Indústria & Serviços, 14 de dezembro de 2006, São Paulo, 2006.
- ESTEVES, S. et al. *O dragão e a borboleta: sustentabilidade e responsabilidade social*. São Paulo, 2000, Axis Mundi.
- ETHOS - Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social. *O compromisso das Empresas com as Metas do Milênio*, São Paulo, Instituto Ethos, 2004.
- ETHOS - Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social. *O compromisso das empresas com o combate ao desperdício de alimentos*, São Paulo, Instituto Ethos, 2005.
- ETHOS - Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social. *O compromisso das Empresas com as Metas do Milênio, vol II, Avanços e Desafios*, São Paulo, Instituto Ethos, 2006a.
- ETHOS - Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social. *Indicadores Ethos de Responsabilidade Social Empresarial*, Instituto Ethos, São Paulo, 2006b, disponível em <[www.ethos.org.br/docs/conceitos\\_praticas/indicadores/default.asp](http://www.ethos.org.br/docs/conceitos_praticas/indicadores/default.asp)>, <[http://www.ethos.org.br/docs/conceitos\\_praticas/indicadores/download/indicadores\\_2006.pdf](http://www.ethos.org.br/docs/conceitos_praticas/indicadores/download/indicadores_2006.pdf)>, consultados em abril de 2007.
- ETHOS - Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social. *Sobre o Instituto Ethos*, Ethos, 2007, disponível em <[www.ethos.org.br](http://www.ethos.org.br)>, consultado em abril de 2007.
- EXAME-VOCÊ S/A. *As melhores empresas para você trabalhar*, Edição especial de Exame e Você S/A, São Paulo, Editora Abril, dezembro de 2004.
- EXAME-VOCÊ S/A. *As melhores empresas para você trabalhar*, Edição especial de Exame e Você S/A. São Paulo, Editora Abril, dezembro de 2005.

- EXAME-VOCÊ S/A. *As melhores empresas para você trabalhar*, Edição especial de Exame e Você S/A, São Paulo, Editora Abril, dezembro de 2006.
- FGV-SP - Fundação Getúlio Vargas de São Paulo. *Mapa do Terceiro Setor*, disponível em <[www.mapadoterceirosetor.org.br/](http://www.mapadoterceirosetor.org.br/)>, consultado em maio de 2007.
- FEITOZA, V. *Um olhar sobre os trabalhadores da saúde*, Revista Conasems, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Jan/Fev 2007, ano II, n. 21.
- FISCHER, R. M. *O desafio da colaboração*, São Paulo, Gente, 2002.
- FISCHER, R.M., *Não basta pagar imposto*, Guia Exame 2004 de Boa Cidadania Corporativa, p.24, Revista Exame, São Paulo, Editora Abril, dezembro de 2004.
- FRIEDMAN, M. *Capitalismo e liberdade*, São Paulo, 1970, Nova Cultural.
- FSP - Faculdade de Saúde Pública da USP, *Linhas de Pesquisa do Departamento de Prática de Saúde Pública*, disponível em <<http://www.fsp.usp.br/boletim.php?&lang=pt&style=8&articleId=05122118200457&visionId=&unitId=10152013200300&homepage=>>>, consultado em agosto de 2007.
- GIFE - Grupo de Institutos, Fundações e Empresas. *Visão GIFE do Marco Legal do Terceiro Setor*, GIFE, 2006 disponível em arquivo pdf em <[www.gife-cav2006.org.br/pdfs/carta.pdf](http://www.gife-cav2006.org.br/pdfs/carta.pdf)>, consultado em abril de 2007.
- GIFE - Grupo de Institutos, Fundações e Empresas. *Investimento social privado*, GIFE, 2007, disponível em <[www.gife.org.br](http://www.gife.org.br)>, consultado em abril de 2007.
- GUIA BCC. *Guia Exame 2004 de Boa Cidadania Corporativa*, Revista Exame, São Paulo, Editora Abril, dezembro de 2004.
- GUIA BCC. *Guia Exame 2005 de Boa Cidadania Corporativa*, Revista Exame, São Paulo, Editora Abril, dezembro de 2005.
- GUIA BCC. *Guia Exame 2006 de Boa Cidadania Corporativa*, Revista Exame, São Paulo, Editora Abril, dezembro de 2006.
- GUNNING, T. *I have no choice (an interview)*. What is Enlightenment? Magazine, Issue 28, march-may 2005, disponível em <[www.wie.org/j28/gunning.asp](http://www.wie.org/j28/gunning.asp)>, consultado em abril de 2007.

- IMAGEMAGICA - *Uma experiência inesquecível*, Imagemágica, São Paulo, 2007, disponível em <<http://www.imagemagica.org/br/default.asp>>, consultado em abril de 2007.
- IPCC - Intergovernmental Panel on Climate Change. *Climate Change 2007: Impacts, Adaptations and Vulnerability - Summary for Policymakers*. Geneva, IPCC Secretariat, 2007, disponível em <[www.ipcc-wg2.org/](http://www.ipcc-wg2.org/)>, consultado em abril de 2007
- IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *A iniciativa privada e o espírito público*. IPEA, Diretoria de Estudos Sociais, Brasília, 2006a, também disponível em arquivo pdf em <[getinternet.ipea.gov.br/asocial/](http://getinternet.ipea.gov.br/asocial/)>, consultado em abril de 2007.
- IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Ação social das empresas*, IPEA, Diretoria de Estudos Sociais, Brasília, 2006b, disponível em <[asocial.calepino.com.br/article.php?id\\_article=244](http://asocial.calepino.com.br/article.php?id_article=244)>, consultado em abril de 2007.
- JOHANNPETER, J. G. *Solidariedade e democracia*, Folha de S.Paulo, p. B4, São Paulo, 10 de dezembro de 2006.
- JUNQUEIRA, L. A. P., *A descentralização e a gestão municipal da política da saúde*. Ciência e Saúde Coletiva, v.1, n.1, pp.21-21, 1996.
- JUNQUEIRA, L.A.P., *A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor*, Saúde e Sociedade, v.313, n. 1, jan-abr 2004.
- LEFEVRE, F., LEFEVRE, A. M. C., *Promoção da Saúde - a negação da negação*, Vieira e Lent, Rio de Janeiro, 2004.
- L'EXPRESS - L'Express International, *Fondations business*, n.2891, p. 56, Paris, 30 nov. 2006.
- LALONDE, M. *A New Perspective on the Health of Canadians*, Minister of Supply and Services Canada, Ct. No. H31-1374, 1981, disponível em <[www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde\\_e.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde_e.pdf)>, consultado em abril de 2007.
- MARCHI, R. de, *Editorial*, Saúde Corporativa, ano I, n. 1, set-out. 2006, p. 3; Editora Fênix Central de Negócios, Mirandópolis, SP, 2006.
- MELLO, D.A. *Reflexões sobre a promoção de saúde no contexto do Brasil*, Cad. Saúde Pública, v.16, n.4, p.1149, 2000.



- MS - Ministério da Saúde. Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999. *Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)*. D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, 15 de junho de 1999, também disponível em <[e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=91](http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=91)>, consultado em abril de 2007.
- NARAYAN, D. *Empowerment and Poverty Reduction: a Sourcebook*, World Bank, Washington, 2002.
- NERA, L. *Sociais & cias*. Folha de S.Paulo - Suplemento Sinapse, p. 11, São Paulo, 30 de agosto de 2005.
- NESTLE. *Balanço Social 2004*, São Paulo, Nestlé Brasil, 2004.
- NESTLE. *O conceito Nestlé de Responsabilidade Social Corporativa*, São Paulo, Nestlé Brasil, 2006a.
- NESTLE. *Responsabilidade Social Corporativa da Nestlé Brasil*, São Paulo, Nestlé Brasil, 2006b.
- NESTLE. *Key Figures - Consolidated Nestlé Environmental Performance Indicators*, 2006c, disponível em <[www.nestle.com/Our\\_Responsibility/Environment/Key\\_Figures/Key+Figures.htm](http://www.nestle.com/Our_Responsibility/Environment/Key_Figures/Key+Figures.htm)>, consultado em abril de 2007.
- NESTLE. *Educação Ambiental - Caderno do Educador*, São Paulo, Fundação Nestlé, 2006d.
- NESTLE. *All about Nestlé*, 2007a, disponível em <[www.nestle.com/](http://www.nestle.com/)>, consultado em abril de 2007.
- NESTLE. *Portal Nestlé*, 2007b, disponível em <[www.nestle.com.br/PortalNestle/matrixcontainer/default.aspx](http://www.nestle.com.br/PortalNestle/matrixcontainer/default.aspx)>, consultado em abril de 2007.
- PAHO - Pan American Health Organization. *Promoting Health in the Americas*, Annual Report of the Director 2001, PAHO, Washington, 2001, disponível em <[http://www.paho.org/English/D/OD302\\_prelim.pdf](http://www.paho.org/English/D/OD302_prelim.pdf)>, consultado em abril de 2007.
- PALAS. Boletim semestral dos cursos e atividades do Centro de Estudos Filosóficos Palas Athena, São Paulo, Palas Athena, agosto/dezembro de 2006.
- PALAS, *Filosofia em Ação*, Associação Palas Athena, São Paulo, 2007, disponível em <[www.palasathena.org](http://www.palasathena.org)>, consultado em abril de 2007.
- PELICIONI, M.C.F. *Educação em saúde e educação ambiental: estratégias de construção da escola promotora da saúde*. São Paulo; 2000 [Tese de Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP].

- PELICIONI, M.C.F. *Promoção da Saúde e Meio Ambiente: uma trajetória técnico-política*. In Philippi Jr e Pelicioni MCF, editores. Educação Ambiental e Sustentabilidade, Barueri, SP, Manole: 2005 (Coleção Ambiental 3).
- PEREIRA, I.M.T.B. et al. *Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável*. O mundo da saúde, ano 24, v.24, n.1, p.39-44, 2000.
- PETRAS, J. *Imperialism and NGOs in Latin America - non governmental organizations*, Monthly Review, v. 49, n. 7, dec. 1997.
- PMSP. *Plano Plurianual da Prefeitura de São Paulo - PPA 2006-2009*, Secretaria de Planejamento do Município de São Paulo, São Paulo, 2005, disponível em <portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/planejamento/0003>, consultado em abril de 2007.
- PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Setor Saúde*", Rev. Saúde Pública, vol. 34, n. 1, 2000.
- PNUD - Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento. *Relatório de Desenvolvimento Humano 2006*, New York, PNUD, 2006a.
- PNUD - Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento. *Destaque doDH 2006*, 2006b, disponível em <www.pnud.org.br/arquivos/rdh/rdh2006/rdh2006\_IDH.pdf>, consultado em abril de 2007.
- PREVENT- Partnership for Prevention. *Worksite Health*, Washington, 2007, disponível em <www.prevent.org/content/view/25/60>, consultado em abril de 2007.
- RODRIGUES, R., PORTILHO, L. *Sustentabilidade e responsabilidade corporativa no Brasil*, Boletín n. 24, Centro de Investigación de Economía e Sociedad (CIES), Universidad de Barcelona, Barcelona, 2005, disponível em <www.mes-d.net/grupcies/Html/boletin24s.htm>, consultado em abril de 2007.
- SÃO PAULO. *IPRS 2006 - Índice Paulista de Responsabilidade Social*, São Paulo, Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, 2006, também disponível em <www.al.sp.gov.br/web/forum/iprs06/>, consultado em abril de 2007.
- SAÚDE CORPORATIVA, *Gestão de performance nas empresas*, Saúde Corporativa, ano I, n. 1, set-out. 2006, p. 16; Mirandópolis, SP, Editora Fênix Central de Negócios, 2006.
- SCHWAB Foundation, *Social Entrepreneus of the Year*, Genebra, 2007, disponível em <www.schwabfound.org/criteria.htm>, ou em <www.schwabfound.org/brazil>, consultado em abril de 2007.

- SEADE. *Versão 2004 do Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS*, São Paulo, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade, 2004, disponível como arquivo pdf em <[www.seade.gov.br/produtos/iprs/pdf/informativo.pdf](http://www.seade.gov.br/produtos/iprs/pdf/informativo.pdf)>, consultado em abril de 2007.
- SEBRAE - Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. *Cultura da Cooperação - OSCIP*, disponível em <[www.sebraeminas.com.br/culturadacooperacao/oscip/02.htm](http://www.sebraeminas.com.br/culturadacooperacao/oscip/02.htm)>, consultado em abril de 2007.
- SECS - Secretaria Executiva da Comunidade Solidária. *Como funciona o Programa Comunidade ativa?*, Brasília, 2002, disponível em <[www.planalto.gov.br/estr\\_02/SecExec/FunCA.htm](http://www.planalto.gov.br/estr_02/SecExec/FunCA.htm)>, consultado em abril de 2007.
- SÍCOLI, J.L., NASCIMENTO, P.R. *Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização*, Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.7, n. 2, 2003, p. 101-22.
- SIGERIST, H. E. (excerpted from Canadian Journal of Public Health. 1944;35:253-267); *Medical Care for All the People*, American Journal of Public Health, vol.23, n. 1, 2003, disponível em <[www.ajph.org/cgi/content/full/93/1/57](http://www.ajph.org/cgi/content/full/93/1/57)>, consultado em abril de 2007.
- SILVA, R. C. *Metodologias participativas para trabalhos de Promoção de Saúde e Cidadania*, São Paulo, Vetor, 2002.
- UIPES - União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde. *Editorial*, Boletim, ano II, n. 2, 2000.
- UIPES - União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde. *Editorial*, Boletim, ano VII, n. 9, 2005.
- UNGER, B. *Land of Promise*, The Economist, London, UK, April 12, 2007, disponível em <[www.economist.com/surveys/displaystory.cfm?story\\_id=89852466](http://www.economist.com/surveys/displaystory.cfm?story_id=89852466)>, consultado em abril de 2007.
- VIANNA, A.L.D., *Novos riscos, a cidade e a intersectorialidade das políticas públicas*. Revista da Administração Pública, v.32, n.2, pp. 23-33, 1998.
- WALLERSTEIN, N. *Powerlessness, Empowerment, and Health: Implications for Health Promotion Programs*, Am. Journal of Health Promotion, 1992 (6) (197-205).
- WESTPHAL, M. F., MENDES, R. *Cidade saudável: uma experiência de intersectorialidade e interdisciplinaridade*, Revista Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 47-62, 2000a.

- WESTPHAL, M. F. *O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida*, Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 39-52, 2000b.
- WESTPHAL, M.F. et alii. *Public health policies and advocacy in Latin America: chances and environments to support these initiatives*, Promotion & Education, vol. VII, 2000/4, p. 29-32.
- WHO - World Health Organization. *Health promotion evaluation*, Copenhagen, 1984.
- WHO - World Health Organization. *Health promotion evaluation: recommendations to policymakers*, Copenhagen, 1998.
- WHO - World Health Organization. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*, Geneva, 2005, disponível em <[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok\\_charter/en/index.html](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/index.html)>, consultado em abril de 2007.
- YIN, R. K. *Estudo de caso, planejamento e métodos*, São Paulo, Bookman, 2005

**Anexo I**  
**Formulário de Identificação da Empresa**

Empresa \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Telefones, Fax, E-mail \_\_\_\_\_

Contato \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

Ramo de atuação

Histórico da empresa

Missão

Produtos gerados

Clientela da empresa

Número de unidades que a empresa possui

Áreas/Setores (Subsistemas)

Número de funcionários da empresa

Benefícios que a empresa oferece

Sistema de avaliação de funcionários

Sistema de comunicação [interno (colaboradores) e externo (mercado)]

Sistema de comunicação com a comunidade onde a empresa está instalada

Metas para 2006

Políticas e práticas existentes na área da Saúde / Promoção da Saúde

Observações (da entrevistadora)

**Anexo II****Formulário de pré-seleção do estudo de caso**

Nome (iniciais):

Formação:

Empresa:

Cargo:

Data:

O que você entende por Promoção da Saúde?

Quais são os projetos da Empresa que, na sua opinião, podem ter relação com a Promoção da Saúde?

Por que esses projetos foram desenvolvidos na Empresa?

Por que esses projetos podem ser classificados como sendo de Promoção da Saúde?

### Anexo III

#### Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE

**Pesquisa:** O Setor Privado e a Promoção da Saúde  
[Projeto de Dissertação de Mestrado apresentado à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

**Pesquisadora:** Regina Célia Canel - CRP nº 6113 - 6º

**Objetivo:**

Descrever e analisar as políticas e as práticas de Promoção da Saúde de uma empresa do setor privado, localizada na Grande São Paulo, e as diretrizes e estratégias de Promoção da Saúde empregadas pela empresa nesse processo.

**Procedimentos:**

Seleção das empresas para a pesquisa; entrevistas com agentes de políticas e práticas de Promoção da Saúde das empresas selecionadas; pesquisa documental; análise qualitativa dos dados coletados.

Eu, ..... estou sendo convidado a participar de uma pesquisa para Dissertação de Mestrado da aluna Regina Célia Canel, realizada pela FSP-USP, e fui devidamente informado que minha participação não é obrigatória e poderei desistir a qualquer momento.

Caso queira mais informações, poderei obtê-las com a pesquisadora, que se comprometeu a esclarecer qualquer dúvida e a disponibilizar os resultados, para mim e a empresa que represento, após a conclusão do trabalho. Também fui informado que serão garantidos o anonimato e a confidencialidade das informações.

São Paulo, ..... de ..... de .....

-----  
Participante

-----  
Regina Célia Canel  
número USP 1876292  
RG 6.059.233

**Maiores informações com:**

- a) Regina Célia Canel: telefone (11) 3672-8208; e-mail: reginacanel@usp.br
- b) Comissão de Pesquisa da FSP-USP: (11) 3066-7779; Av. Dr. Arnaldo, 715
- c) Prof. Dr. Cláudio Gastão Junqueira de Castro (Orientador); Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, tel. (11) 3066-7792; e-mail claudiog@usp.br

## Anexo IV

### Entrevista com o Secretário Geral do GIFE

Nome: Fernando Rossetti

Empresa: Grupo de Institutos Fundações e Empresas - GIFE

Cargo: Secretário Geral

Data: 07.07.2006

#### **1. Qual é o entendimento que o entrevistado (ou sua organização) tem a respeito da Promoção da Saúde?**

Eu não tenho domínio sobre esse ou outros conceitos de saúde. Posso falar sobre os conceitos de investimento social privado e responsabilidade social empresarial e como eles se aplicam à saúde.

Quanto ao investimento social privado, o GIFE trabalha especificamente a relação da empresa, família, instituto ou fundação com a comunidade; e é definido como o repasse voluntário de recursos privados de forma planejada, monitorada e sistemática.

As empresas associadas ao GIFE trabalham em diversas áreas e, como numa rede social, se organizam em grupos de afinidade, como educação, cultura e artes, saúde, meio ambiente, etc.

Já a responsabilidade social empresarial cobre mais especificamente a relação das empresas com seus públicos: os acionistas, fornecedores, colaboradores, governo, meio ambiente, clientes e comunidade. Assim, quando falamos de responsabilidade social, estamos nos referindo a uma forma de gestão das empresas.

A base do GIFE é composta por grandes empresas, inclusive transnacionais, ou organizações (fundações, institutos) mantidas por elas. O investimento médio dos associados é de dois milhões de reais por ano, em ações sociais, culturais ou ambientais.

As empresas associadas têm como prioridade, hoje, a avaliação de resultados e a escala do projeto. O desafio é focar o trabalho nas causas dos problemas sociais, e não em seus sintomas, como costuma acontecer com a filantropia mais tradicional. Só o trabalho nesse campo das causas é que leva à verdadeira transformação social.



## **2. Que empresas desenvolvem políticas e ou práticas de Promoção da Saúde?**

Na saúde, o investimento social privado é feito com uma grande dispersão; poucos investimentos são ligados a políticas públicas de saúde, com raras e honrosas exceções. Algumas das melhores ações na área são mais focadas em prevenção e educação para a saúde, do que para o tratamento, propriamente dito.

Comparando-se dois censos realizados pelo GIFE (em 2001 e 2004) quanto às áreas de atuação dos investimentos sociais, verifica-se que ocorreu uma diminuição na porcentagem dos associados que trabalham com saúde (de 44% para 31%), enquanto outras áreas, como educação e esporte, receberam uma fatia maior. Mas o que determina essas tendências vai desde os temas que estão mais em voga (como sustentabilidade ambiental, no momento) até o alinhamento da ação social com as competências da empresa que patrocina a ação. A existência de incentivos fiscais ou isenções tributárias também favorece — ou não — o aporte de recursos privados para uma determinada área.

O Grupo de Afinidade em Saúde (GASA) do GIFE estará, no ano de 2007, identificando o que une os associados neste tema. A tendência é o desenvolvimento de algum trabalho conjunto deste grupo no campo da educação para a saúde.

\*\*\*\*\*

Observação da entrevistadora: o site do GIFE tem a relação das empresas associadas que atuam na área da Saúde (Anexo IX)

## Anexo V

### Entrevista com o Presidente do Instituto Ethos

Nome: Ricardo Young Silva

Empresa: Instituto Ethos

Cargo: Presidente

Data: 11.05.2006

#### **1. Qual é o entendimento que o entrevistado (ou sua empresa) tem a respeito da Promoção da Saúde?**

Vou falar sobre o meu entendimento, porque isso nunca foi formulado como Instituto Ethos.

É a reafirmação de todas as políticas legais relacionadas ao protagonismo da qualidade de vida em todas as formas: campanhas específicas como endemias, boas práticas que levam à saúde. Só fazer cumprir a legislação não é promover saúde. Devem-se englobar convênios, fornecer informações, fazer parcerias. Podemos entender a saúde a partir de cinco círculos: o primeiro círculo refere-se ao aspecto legal, como política de prevenção de acidentes; o segundo círculo refere-se à qualidade de vida dos funcionários; o terceiro círculo ao impacto que a empresa gera nas famílias dos funcionários; o quarto ao impacto da empresa na comunidade onde se encontra; e o quinto círculo refere-se à ação social da empresa e às políticas públicas. Nessas ações sociais a saúde não é prioridade, e sim a educação e a geração de renda.

O Ethos faz uma abordagem pragmática para incentivar a ética e a transparência com todos os *stakeholders* das empresas. Objetiva novo modo de produção sustentável e de gestão sustentável.

Quanto à política de saúde, considera que melhorar a condição do público interno faz com que esse público passe a ser ator de uma gestão responsável.

## **2. Que empresas desenvolvem políticas e/ou práticas de Promoção da Saúde?**

Foram indicadas e comentadas as ações de dez empresas: Pão de Açúcar (práticas de esportes), Natura (qualidade de vida), McDonald (combate ao câncer infantil -MacDiaFeliz), Unimed (prevenção e combate à diabetes), Aché (tratamento, reeducação e inclusão de deficientes visuais), Novartis (combate à hanseníase), Fundação Orsa (prevenção de doenças contagiosas em comunidades), Avon (prevenção do câncer de mama e de colo de útero), Volkswagen (programa AIDS Care), Siderúrgica Belgo-mineira (gestão de segurança, saúde e condições de trabalho).

**Anexo VI****Entrevista com a Redatora-Chefe e Coordenadora Editorial da Revista "Guia Exame/VocêSA"**

Nome: Juliana de Mari  
Formação: Jornalismo  
Empresa: Abril S.A.  
Cargo: Redatora - Chefe  
Data: 06.02.2006

**Entre as empresas que vocês pesquisaram, existem algumas que já estão desenvolvendo programas de saúde ou de Promoção da Saúde para seus colaboradores ou nas comunidades onde estão instaladas?**

Sim, várias empresas desenvolvem programas voltados para a saúde, oferecidos a seus colaboradores, e algumas delas também desenvolvem programas sociais nas comunidades onde estão instaladas ou em comunidades em outras localidades.

**Em caso de resposta positiva, quais empresas poderiam ser indicadas e que estejam localizadas na Grande São Paulo?**

Por exemplo, poderiam ser indicadas empresas como: Nestlé, Novartis, Serasa, Microsoft, Nokia.

\*\*\*\*\*

Observação da entrevistadora: a entrevistada localizou no Guia 2005 os trabalhos desenvolvidos por essas empresas e indicou os respectivos diretores de RH para contato.

## Anexo VII

### Modelo de carta enviada às empresas indicadas

Prezados Senhores,

A finalidade desta é ter a oportunidade de lhes apresentar uma descrição do meu projeto de pesquisa em Promoção da Saúde e solicitar sua colaboração para o fornecimento de algumas informações. O projeto está sendo desenvolvido no curso de pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, sob a orientação do Prof. Dr. Cláudio Gastão Junqueira de Castro, do Departamento de Prática de Saúde Pública (claudiog@usp.br ; telef. (11) 3066-7792).

O projeto de pesquisa que estou desenvolvendo objetiva descrever e analisar as políticas e práticas de Promoção da Saúde em **empresas do setor privado** que atuam na Grande São Paulo, visando a obter material para uma reflexão sobre essas políticas e práticas e sobre as eventuais parcerias que foram estabelecidas com outros setores. Será feito um levantamento dos programas de Promoção da Saúde desenvolvidos por empresas privadas, seguido de visitas, reuniões e entrevistas com os principais atores envolvidos, para se chegar a uma descrição geral da natureza desses programas.

Assim, gostaria de poder contar com a colaboração dessa empresa para o fornecimento das seguintes informações iniciais:

\* a empresa desenvolve projetos / programas relacionados à Promoção da Saúde, na Grande São Paulo?

\* em caso afirmativo, seria possível termos um encontro, com a finalidade de obter informações sobre esses projetos / programas?

Saliento que todas as informações serão tratadas com princípios éticos, de acordo com as normas do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP. Somente depois de obtida a autorização pela empresa, as informações serão divulgadas no meio acadêmico.

No aguardo de sua resposta, agradeço pela sua atenção.

Regina Célia Canel

reginacanel@usp.br  
(11) 3672-8208

## Anexo VIII

### Termo de Consentimento Livre Esclarecido da Empresa

**Pesquisa:** O Setor Privado e a Promoção da Saúde.  
[Projeto de Dissertação de Mestrado apresentado à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

**Pesquisadora:** Regina Célia Canel – CRP 6113 / 6

**Objetivo:** Descrever e analisar as políticas e as práticas de Promoção da Saúde de uma empresa do setor privado, localizada na Grande São Paulo, e as diretrizes e estratégias de Promoção da Saúde empregadas pela empresa nesse processo.

**Procedimentos:**

Seleção das empresas para a pesquisa; entrevistas com agentes de políticas e práticas de Promoção da Saúde das empresas selecionadas; pesquisa documental; análise qualitativa dos dados coletados.

\*\*\*\*\*

A empresa ....., convidada a participar de uma pesquisa para Dissertação de Mestrado da aluna Regina Célia Canel, realizada pela FSP-USP, está devidamente informada que a participação não é obrigatória e que poderá desistir a qualquer momento.

Caso necessite mais informações, estas poderão ser obtidas com a pesquisadora, que se comprometeu a esclarecer qualquer dúvida e a disponibilizar os resultados para a empresa, após a conclusão do trabalho. Também foi informado que serão garantidos o anonimato e a confidencialidade das informações.

São Paulo,.....de.....de .....

.....  
pela empresa

.....  
Regina Célia Canel  
número USP 1876292  
RG 6.059.233

Maiores informações com:

- a) Regina Célia Canel: telefone (11) 3672-8208; e-mail: [reginacanel@usp.br](mailto:reginacanel@usp.br)
- b) Comissão de Pesquisa da FSP-USP: (11) 3066-7779; Av. Dr. Arnaldo, 715
- c) Prof. Dr. Cláudio Gastão Junqueira de Castro (Orientador); Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, telefone (11) 3066-7792; e-mail [claudiog@usp.br](mailto:claudiog@usp.br)

**Anexo IX****Relação das empresas com atuação em Saúde e/ou Promoção da Saúde,  
segundo o site do GIFE (maio de 2007)**

3M do Brasil

Ação Comunitária do Espírito Santo (Aces)

Associação Itakyra

Basf

Carrefour

Fundação Ana Lima

Fundação Banco do Brasil

Fundação Belgo-Mineira

Fundação CSN

Fundação Ford

Fundação Itaú Social

Fundação José Silveira

Fundação Orsa

Fundação Telefônica

Fundação Victor Civita

Fundo Cristão para Crianças

Instituto Avon

Instituto Ayrton Senna

Instituto Coca-Cola Brasil

Instituto Criança é Vida

Instituto Embraer de Educação e Pesquisa

Instituto Marquês de Salamanca

Instituto Medial Saúde

Instituto Rogerio Steinberg

Instituto Ronald McDonald

Instituto Sol

Philips do Brasil

Santander Banespa

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein

## **Anexo X**

### **Perguntas relativas a Responsabilidade Social Empresarial e a Políticas e Práticas de Saúde no Setor Privado**

1- Qual sua visão sobre o surgimento e evolução da responsabilidade social empresarial? E, de acordo com a situação atual, quais as direções mais prováveis quanto a seu prosseguimento?

2- Na sua visão, há conflito entre o desenvolvimento de programas sociais e a finalidade empresarial de gerar lucros para os acionistas ?

3-Como as empresas em geral chegam à idéia de desenvolver programas sociais? Como tais idéias costumam ser recebidas dentro da empresa? Que objeções são feitas?

4-Com que critérios são escolhidas as áreas de atuação?

5-Há ganhos em termos de imagem e de visibilidade da empresa?

6-Quais as principais necessidades e deficiências na área da Saúde no Brasil hoje? E quais as conseqüências para o futuro?

7-Como e o que as as empresas podem investir em Saúde? E em Promoção da Saúde?

Regina Célia Canel  
reginacanel@usp.br

(11) 3672-8208 / 91812192



## Anexo XI

### Entrevista sobre Responsabilidade Social Empresarial e Políticas e Práticas de Saúde no Setor Privado

Nome: Ken O'Donnell

Formação: química industrial

Empresa: consultor de empresas, autônomo

Cargo: consultor em gerenciamento de qualidade e reengenharia de processos

Data: janeiro de 2007

**1- Qual sua visão sobre o surgimento e evolução da responsabilidade social empresarial? E, de acordo com a situação atual, quais as direções mais prováveis quanto a seu prosseguimento?**

Devido a falhas e/ou a limitações dos governos em garantir condições adequadas, especificamente nas áreas de saúde, educação e meio ambiente, o papel das empresas na sociedade tornou-se extremamente importante. Nos últimos quinze anos a percepção e o envolvimento do setor corporativo mudou muito. Ele se conscientizou muito mais sobre os assuntos éticos relacionados às necessidades da sociedade. Um exemplo disto é que há cada vez mais fundos de investimento que levam em conta a política de responsabilidade social das empresas em que querem investir. As estatísticas mostram que tais empresas dão um excelente retorno a longo prazo. A população consumidora também mostra sinais de preferir serviços e produtos de empresas que têm uma política clara de responsabilidade social.

As necessidades e as preferências certamente irão pressionar as empresas a operarem de uma maneira sustentável em termos econômicos, sociais e ambientais. Há uma percepção cada vez mais presente da interação sistêmica entre todos os atores na arena social, que deverão interagir mais. O governo tem poder, mas muitas vezes não possui as idéias nem o dinheiro para resolver os problemas sociais. As organizações não-governamentais têm as idéias mas falta o dinheiro e o poder de colocá-las na prática. As instituições acadêmicas têm muito conhecimento mas precisam interagir de uma forma mais direta com a sociedade. As empresas têm o dinheiro e poder mas não a vocação natural de servir a sociedade. Todos estes quatro atores estarão trabalhando juntos cada vez mais para resolver os problemas que vinte anos atrás eram apenas do estado.

É evidente que, se destruímos o planeta, falar de empresas ou governos será inútil. Se as empresas contribuírem positivamente para a saúde e bem-estar dos seus clientes e consumidores, estes certamente devolverão tais cuidados com maior fidelidade.

**2- Na sua visão, há conflito entre o desenvolvimento de programas sociais e a finalidade empresarial de gerar lucros para os acionistas ?**

Podemos classificar o papel do empresariado em três grupos distintos. Há quinze anos atrás a atitude do grupo dominante foi: "Nós pagamos impostos e é o

papel do governo, ou da ONU, cuidar do resto. Nosso negócio é ganhar dinheiro e nada mais! Vemos os problemas na sociedade e no meio-ambiente, mas não são da nossa conta."

Baseado no que podemos ver na América do Norte, Europa e especialmente no Brasil onde os problemas são mais óbvios, não é mais a atitude que prevalece. Esse segundo grupo diz: "Os problemas da sociedade e do meio-ambiente são sérios. O setor empresarial tem que ser mais responsável e investir dinheiro para resolver os problemas."

O terceiro grupo, sem dúvida, é o menor, mas que é o mais cresce dentre os três. Eles reconhecem que os problemas que encontramos na sociedade — o desemprego em massa, a criminalidade crescente, a defasagem entre os mais ricos e os mais pobres, a falta de coesão social, mudanças climáticas — são apenas sintomas de um problema sistêmico muito mais profundo. Eles dizem: "Não dá mais colocar curativos no sangramento do sistema. Temos que investir nossa criatividade e energia, na reconfiguração de todo o sistema. Precisamos de uma transformação fundamental e radical." As novas políticas ambientais e um comportamento social mais responsável são demandados pelos próprios donos.

Entre as centenas de empresas que apóiam iniciativas de responsabilidade, provavelmente encontraríamos uma mistura desses três grupos. Algumas empresas fazem as coisas por razões políticas ou para ganhar uma melhor imagem com isso. Outras abraçam a causa sócio-ambiental de coração.

### **3-Como as empresas em geral chegam à idéia de desenvolver programas sociais? Como tais idéias costumam ser recebidas dentro da empresa? Que objeções são feitas?**

Hoje em dia, o tema de responsabilidade social está bastante veiculado no Brasil. Organizações como o Instituto Ethos ou mesmo o SESI fazem o papel de orientar explicitamente como empresas podem participar de uma iniciativa, especialmente nas áreas de saúde, educação e meio ambiente. Dificilmente encontraríamos uma empresa de médio ou grande porte que não tivesse começado pelo menos a refletir sobre que poderia fazer. Muitas já tem práticas premiadas nestas áreas.

### **4-Com que critérios são escolhidas as áreas de atuação?**

É importante diferenciar a responsabilidade social corporativa da filantropia. Muitas vezes as empresas gastam dinheiro em projetos comunitários. A responsabilidade social vai além de caridade. Requer que a empresa leve em conta as necessidades de todos seus stakeholders ou interessados - o meio ambiente, a sociedade, os funcionários, os clientes, os consumidores e seus acionistas - ou seja, todo o seu sistema.

Na minha experiência, depende muito da percepção subjetiva daqueles que têm o papel de decidir e que, freqüentemente, são os próprios donos. Eles podem ter tido um problema de saúde grave na família ou ter sido um esportista, e resolvem apoiar um projeto nestas áreas. Podem ter tido um propósito elevado na vida para ajudar jovens carentes, mas que nunca tiveram a possibilidade de colocar na prática. O pai de um deles foi um grande professor e ele resolveu ajudar na área de educação. A comunidade local ao redor da fábrica precisa de uma creche ou posto de saúde.

Freqüentemente, é a própria natureza do negócio que determina a área de atuação. Uma empresa de alimentos resolve diminuir a desnutrição de uma população. Uma fábrica de lápis resolve sustentar um programa de valores humanos na educação.

#### **5-Há ganhos em termos de imagem e de visibilidade da empresa?**

É evidente que há ganhos para a marca. Inicialmente, é este fator que inspira muitas empresas a entrar no barco de responsabilidade social. Onde as empresas encorajam seus funcionários a serem voluntários nos seus projetos, todos ganham. Os voluntários crescem como seres humanos, a comunidade que recebe o projeto se beneficia. A imprensa noticia cada vez mais os programas bem-sucedidos ou ousados. A própria empresa se orgulha e noticia seus avanços através de campanhas publicitárias.

#### **6-Quais as principais necessidades e deficiências na área da Saúde no Brasil hoje? e quais as conseqüências para o futuro?**

Nos últimos 50 anos, os indicadores de saúde no Brasil têm mostrado grandes avanços. A vida média do brasileiro aumentou consideravelmente e as taxas de mortalidade infantil melhoraram. A população tem mais acesso a médicos e medicinas e uma melhor nutrição que há 50 anos. Mesmo assim, deixa muito a desejar. As filas de hospitais são intermináveis, as empresas farmacêuticas se aproveitam da ignorância da população, e erros médicos graves ainda aparecem nos jornais.

No seu livro, "A Saúde Brasileira pode dar certo" o Dr. Claudio Lottenberg alerta sobre o custo da saúde má-administrada. "O que não se pode perder de vista é que existe desperdício enorme com coisas que não agregam valor nenhum para o paciente. Procedimentos administrativos são responsáveis por 22% dos gastos em saúde". O país não poderá pagar o custo de tamanho desperdício.

#### **7-Como e o que as as empresas podem investir em Saúde? E em Promoção da Saúde?**

Em primeiro lugar, a empresa poderá investir na promoção de saúde de seus próprios funcionários. O custo de cuidados médicos e absenteísmo causado pelo estresse, pela dependência química e por outros fatores pode representar até 25% da folha de pagamento. O médico de trabalho assume uma função importantíssima na promoção de saúde dentro das empresas. A prática de ginástica, yoga, massagem e meditação são cada vez mais freqüentes e não são apenas medidas de prevenção de doenças. A qualidade de vida no trabalho é um fator comprovado de produtividade e de bem-estar dos funcionários.

Em segundo lugar, há programas como "Valores na Saúde", do Instituto Vivendo Valores, que visam humanizar os hospitais através de preparação de médicos e enfermeiros para criar um melhor ambiente para a saúde. Existem outros programas de conscientização sobre alimentos saudáveis tanto para a os funcionários como para a sociedade que empresas podem adotar para promover a saúde.

## Anexo XII

### **Entrevista sobre Responsabilidade Social Empresarial e Políticas e Práticas de Saúde no Setor Privado**

Nome: Carlos Faccina

Formação: Doutor em Ciências

Empresa: de Consultoria Empresarial (particular)

Cargo: Professor universitário e consultor

Data: 05 de junho de 2007

**1- Qual sua visão sobre o surgimento e evolução da responsabilidade social empresarial? E, de acordo com a situação atual, quais as direções mais prováveis quanto a seu prosseguimento?**

É um caminho sem retorno, visto que as empresas adotam Responsabilidade Social no seu planejamento estratégico. O intangível passa a ser a imagem e isto faz parte do processo competitivo. O valor compartilhado entre empresa e sociedade é a nova realidade.

**2- Na sua visão, há conflito entre o desenvolvimento de programas sociais e a finalidade empresarial de gerar lucros para os acionistas ?**

Não pela resposta acima. O valor das ações deve aumentar com a Responsabilidade Social. Isto já é uma realidade na Bolsa de NY e BOVESPA.

**3-Como as empresas em geral chegam à idéia de desenvolver programas sociais? Como tais idéias costumam ser recebidas dentro da empresa? Que objeções são feitas?**

Faz parte do DNA das empresas já que o bem-estar social e alimentos estão profundamente integrados.

**4-Com que critérios são escolhidas as áreas de atuação?**

Nas principais demandas históricas da Sociedade Brasileira: Educação e Saúde.

**5-Há ganhos em termos de imagem e de visibilidade da empresa?**

É visível o reconhecimento do consumidor. A NESTLÉ está presente em 95% dos lares brasileiros.

**6-Quais as principais necessidades e deficiências na área da Saúde no Brasil hoje? e quais as conseqüências para o futuro?**

Educação Nutricional de Base e Clínica Geral

**7-Como e o que as as empresas podem investir em Saúde? E em Promoção da Saúde?**

Por meio de ações de investimentos nas populações excluídas, educação, saúde e ao mesmo tempo formar e informar a população adulta para profissionalização.

### **Anexo XIII**

#### **Entrevista sobre Responsabilidade Social Empresarial e Políticas e Práticas de Saúde no Setor Privado**

Nome: Alberto Ogata

Formação: medicina

Empresa: Associação Brasileira de Qualidade de Vida (ABQV)

Cargo: Presidente

Data: 22 de junho de 2007

**1- Qual sua visão sobre o surgimento e evolução da responsabilidade social empresarial? E de acordo com a situação atual, quais as direções mais prováveis quanto a seu prosseguimento?**

A responsabilidade social empresarial ainda está fortemente relacionada a filantropia. No entanto, cada vez mais empresas estão planejando suas ações para a melhoria da qualidade de vida dos empregados, através de atividades em educação, saúde, inclusão digital, lazer, atividade física e alimentação saudável. Estas ações passam a integrar programas de sustentabilidade empresarial, buscando aumentar a competitividade das companhias e a manutenção dos empregos.

**2- Na sua visão, há conflito entre o desenvolvimento de programas sociais e a finalidade empresarial de gerar lucros para os acionistas ?**

Não. A função primordial das empresas é ser sustentável. Ela deve pagar os impostos, registrar os seus empregados, oferecer atividades seguras, dar suporte de saúde e educação para seus empregados e oferecer resultados financeiros para seus acionistas. Ela deve apoiar os programas sociais da comunidade, mas esta não é a sua principal função social.

**3-Como as empresas em geral chegam à idéia de desenvolver programas sociais? Como tais idéias costumam ser recebidas dentro da empresa? Que objeções são feitas?**

Em geral, os programas são concebidos a partir da iniciativa de seus gestores. Em geral, elas não têm a participação dos empregados e são baseados na filantropia. Os empregados não costumam reconhecer estas atividades como ações socialmente responsáveis da empresa.

**4-Com que critérios são escolhidas as áreas de atuação?**

Não há um critério único para a definição da área de atuação.

Posso citar:

- \* área de atuação da própria empresa (p. ex., saúde, educação, agricultura, indústria)
- \* entidades parceiras (p. ex., Ethos, Greenpeace, Akatu, etc)
- \* interesses dos *stakeholders*

**5-Há ganhos em termos de imagem e de visibilidade da empresa?**

Algumas empresas visam o ganho de imagem, através de prêmios, campanhas publicitárias e pelo reconhecimento da comunidade.

**6-Quais as principais necessidades e deficiências na área da Saúde no Brasil hoje? e quais as conseqüências para o futuro?**

Acredito que há carência de recursos financeiros (o orçamento público é reduzido em comparação com o de outros países), de um gerenciamento eficaz dos recursos e de integração entre os diferentes players do sistema saúde. O envelhecimento da população e o aumento das doenças crônicas deve agravar o cenário para o futuro.

**7-Como e o que as empresas podem investir em Saúde? E em Promoção da Saúde?**

A rigor, as empresas já investem fortemente em saúde, através da elevada carga de impostos. Com a carga de impostos existente no Brasil, outros países (como os escandinavos, o Canadá e o Japão) oferecem atenção integral à saúde. As empresas devem investir em promoção da saúde, em parceria com o sistema público de saúde para a melhoria do nível de saúde de seus trabalhadores.

**Anexo XIV****Formulário para os Coordenadores de Programas**

Nome (iniciais):

Formação:

Empresa:

Cargo:

Data:

Para cada projeto (ou programa/política/prática) de Promoção da Saúde, especificar:

- \* qual população atinge [interna (colaboradores), externa (comunidade)]?
- \* quais são os objetivos?
- \* quais os critérios para a escolha do projeto?
- \* há quanto tempo existe?
- \* qual o desenvolvimento histórico do projeto?
- \* quem o está executando?
- \* como é realizado (no que consistem as práticas)?
- \* há parceria com outro setor? quais setores? como é feita a parceria?
- \* onde é realizado o projeto?
- \* quais custos são envolvidos?
- \* qual é o grau de aderência da população-alvo ao projeto?
- \* quais são os resultados esperados?
- \* quais as deficiências verificadas?
- \* quais benefícios o projeto trouxe para a população-alvo?
- \* quais benefícios o projeto trouxe para a empresa?

Observações (da entrevistadora)



## Anexo XV

### **Entrevista sobre o tema "Por que e para que a Promoção da Saúde?"**

Nome: Márcia Faria Westphal

Formação: Sociologia; Mestre e Doutor em Saúde Pública

Empresa: FSP- USP

Cargo: Professora Titular; Presidente do CEPEDOC

Data: 06 de maio de 2007

#### **1 - O que significa a afirmação que a Promoção da Saúde é o novo paradigma da Saúde?**

Essa afirmação significa que da mesma forma que o SUS, em seus pressupostos básicos, a Promoção da Saúde - seu campo de ação - não segue somente os pressupostos do paradigma biomédico na análise dos problemas e potencialidades de produção da saúde. A promoção da saúde não se preocupa somente com a reação dos indivíduos a ação dos microorganismos no corpo humano. Acredita que saúde não é somente ausência de doença, mas o bem estar físico, mental e social produzido por condições biológicas e de vida e trabalho, portanto com uma determinação mais ampla do que a proposta pelo paradigma biomédico.

Neste sentido o SUS, nos seus princípios e fundamentos e a promoção da saúde representam uma mudança de paradigma, que altera o modo de trabalhar a questão saúde individual e coletiva.

#### **2 - Na história da saúde coletiva e da ciência, o que fez que tenha surgido no século XX esse novo paradigma humano?**

Os problemas que a biomedicina não consegue sozinha enfrentar. A reflexão sobre os gastos em saúde, os investimentos de países como o Canadá comparados aos gastos em saúde realizados nos Estados Unidos. O primeiro tem investido em promoção de saúde (no sentido amplo do termo) e em assistência médica e os Estados Unidos mais em assistência médica. Os resultados obtidos pelo Canadá têm sido muito melhores em termos de melhoria dos indicadores de saúde.

#### **3 - Qual é o papel político/estratégico da Promoção da Saúde?**

Chamar a atenção para os determinantes sociais da saúde é para a necessidade de um investimento do governo, através de seus diferentes setores no equacionamento destes determinantes. Isto representa uma grande mudança em

termos políticos e estratégicos que do meu ponto de vista estamos longe de atingir. Mas é essencial começar!!!

#### **4 - Qual o papel específico do setor Saúde com relação à Promoção da Saúde?**

A Promoção da Saúde da qual estamos falando não é aquela que Leavell & Clark descreveu na década de 40, mas uma ação que está presente em todos os níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. Baseia-se em um conceito positivo de saúde e não no de ausência de doença. Assim em todos os níveis de atenção do setor saúde, podemos analisar os determinantes da saúde, além dos biomédicos e atuar em todos os programas, sem dicotomizar ou tricotomizar promoção, prevenção e cura, considerando os indivíduos e as coletividades como seres integrais. Assim, se os profissionais de saúde estiverem envolvidos com a Promoção da Saúde nas atividades de atenção à saúde estarão solicitando a participação dos clientes e os envolvendo no seu cuidado e chamando sua atenção para os determinantes da sua situação de saúde e da situação de saúde das famílias do bairro, onde o mesmo reside, para que as pessoas se organizem para enfrentá-los coletivamente por exemplo.

#### **5 - Quais as diretrizes e estratégias para políticas e práticas sustentáveis de Promoção da Saúde?**

##### **Diretrizes**

- Reconhecer a PS como uma estratégia de busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde;
- Estimular ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de PS;
- Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de PS, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário;
- Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas a adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de cooperação intersetoriais;
- Incentivar a pesquisa em PS, para avaliação das ações prestadas.

##### **Estratégias:**

- Estabelecer e implementar políticas públicas saudáveis;
- criar ambientes de apoio à PS;
- fortalecer a ação comunitária;
- desenvolver habilidades individuais e coletivas para a PS;
- reorientar os serviços de saúde.

## Anexo XVI

### **Entrevista sobre o tema "Por que e para que a Promoção da Saúde?"**

Nome: Mário Ferreira Júnior

Formação: Médico

Empresa: Associação Brasileira de Promoção da Saúde (ABPS)

Cargo: Presidente

Data: 25 de maio de 2007

#### **1 - O que significa a afirmação que a Promoção da Saúde é o novo paradigma da Saúde?**

Significa que o modelo assistencial-curativo, baseado no simples acesso aos serviços de saúde e uso de tecnologia de alta complexidade, não tem suprido as necessidades de saúde ou modificado significativamente o padrão de morbi-mortalidade das pessoas.

Identificar os principais determinantes de adoecimento e morte, promover oportunidades de informação e participação comunitária, adotar políticas e ambientes saudáveis, servem para o re-direcionamento das ações em busca de um melhor nível de saúde individual e coletiva e o combate das principais causas de doenças, não se limitando, portanto, simplesmente à tentativa de cura ou atenuação de seqüelas.

#### **2 - Na história da saúde coletiva e da ciência, o que fez que tenha surgido no século XX esse novo paradigma humano?**

Analisando os indicadores de morbi-mortalidade ao longo dos últimos séculos, observa-se que as ações que contribuíram para as modificações mais significativas do perfil epidemiológico foram, principalmente, aquelas do escopo da promoção da saúde (por exemplo, saneamento e higiene). A pesquisa científica confirma amplamente essa afirmação, revelando que fatores genéticos e o acesso ao sistema assistencial de saúde talvez sejam determinantes menos importantes de morbi-mortalidade, quando comparados a fatores ambientais e de estilo de vida pessoal.

No momento atual, passa-se por um processo de transição epidemiológica (da doença transmissível às crônico-degenerativas) e demográfica (envelhecimento populacional), que trazem novos desafios, mas as evidências científicas já têm apontado de forma sistemática que as soluções passam, prioritariamente, por ações políticas e educacionais profundamente embasadas no conceito da promoção da saúde e o ataque eficaz dos fatores de risco dessas doenças.

### **3 - Qual é o papel político/estratégico da Promoção da Saúde?**

Promover saúde implica em capacitar pessoas, individualmente, e comunidades, coletivamente, para que tomem o controle sobre a sua saúde e busquem as opções que mais se adaptem às suas reais necessidades. Isto implica obrigatoriamente num amplo trabalho de educação em saúde.

Politicamente, significa dar às pessoas e comunidades o poder de decidir e intervir, invertendo o sentido da prestação de serviços em saúde, isto é, em vez de aceitar passivamente o que lhe é oferecido, informadas, motivadas, capacitadas e com oportunidades favoráveis, elas podem demandar ou tomar, ativamente, medidas mais apropriadas em matéria de saúde.

### **4 - Qual o papel específico do setor Saúde com relação à Promoção da Saúde?**

Promoção de saúde envolve inter-setorialidade dos ramos de atuação social e econômica. A saúde é um destes setores e, portanto, tem o seu papel. O profissional de saúde, qualquer que seja a sua inserção no mercado de trabalho (serviço público, empresa privada, operadora de saúde suplementar, gestor ou prestador etc.), pode se tornar agente de transformação social se atuar alinhado aos conceitos da promoção da saúde, dando respaldo a pessoas e comunidades, principalmente no processo de capacitação, uma vez que detém um conhecimento específico.

Ao mesmo tempo, aos gestores de saúde do setor público e privado cabe definir diretrizes e estratégias que facilitem e reforcem a ação comunitária em matéria de saúde e promovam, fundamentalmente, as oportunidades necessárias (por exemplo, determinando prioridades de ação, formando profissionais e agentes comunitários, motivando ou facilitando o acesso das pessoas, buscando financiamento) para a implantação de programas voltados à promoção da saúde.

### **5 - Quais as diretrizes e estratégias para políticas e práticas sustentáveis de Promoção da Saúde?**

As estratégias propostas na Carta de Ottawa, em 1986, ainda são amplamente válidas, e serão certamente efetivas se adaptadas à realidade brasileira. Elas são pertinentes não só ao setor público mas ao setor de saúde suplementar e de empresas privadas, que oferecem serviços de saúde a seus funcionários (por exemplo, saúde ocupacional).

A sua implantação efetiva passa pela inserção efetiva do setor saúde no processo, por meio de ampla capacitação e alinhamento dos profissionais de saúde em relação aos seus conceitos (uma enorme deficiência em nosso meio), a adoção de procedimentos firmemente embasados em evidências científicas de boa qualidade e o estímulo ao trabalho interdisciplinar.