

Promoção da saúde e qualidade de vida

Health promotion and quality of life

Paulo Marchiori Buss¹

Abstract *Several scientific evidences show the contribution of health to the quality of life of either individuals or populations. Similarly, many of the social life components that contribute to quality in life are also essential for individuals and populations to attain an adequate health standard. For individuals and populations to achieve appropriate health standards it is necessary not only access to quality medical-health services. Health determinants must be considered widely, thus requiring healthy public policies (concerned with its impacts on health), an effective intersectoral articulation, and the population's engagement. In this paper, the author reviews the emergency and development of health promotion by focusing his analysis on the above strategies, which according to the health sector's propositions would be the most promising strategies to improve the quality of life, especially in social formations where social-public health inequities are so many, as in Brazil. These strategies are materialized in the bases and practices of the healthy towns movement, which are strictly associated with public management innovations for the integral and sustainable local development, as well as with the local Agenda 21.*

Key words *Health Promotion; Quality of Life*

Resumo *Existem evidências científicas abundantes que mostram a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações. Da mesma forma, é sabido que muitos componentes da vida social que contribuem para uma vida com qualidade são também fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde. É necessário mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população. No presente artigo, o autor faz uma revisão da emergência e desenvolvimento da promoção da saúde, centrando sua análise justamente nas estratégias promocionais acima apontadas, que seriam aquelas que, a partir de proposições do setor saúde, apresentam-se como mais promissoras para o incremento da qualidade de vida, sobretudo em formações sociais com alta desigualdade sócio-sanitária, como é o caso do Brasil. É no movimento dos municípios saudáveis que tais estratégias se concretizam, através de seus próprios fundamentos e práticas, que estão estreitamente relacionados com as inovações na gestão pública para o desenvolvimento local integrado e sustentável e as Agendas 21 locais.*

Palavras-chave *Promoção da Saúde; Qualidade de Vida*

¹ Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões 1.480, 3º andar, 21041-210 Rio de Janeiro, RJ buss@ensp.fiocruz.br

Introdução

As condições de vida e saúde têm melhorado de forma contínua e sustentada na maioria dos países, no último século, graças aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, assim como aos avanços na saúde pública e na medicina. Estudos de diferentes autores e os relatórios sobre a saúde mundial (WHO, 1998) e da região das Américas (OPAS, 1998) são conclusivos a respeito. Na América Latina, por exemplo, a expectativa de vida cresceu de 50 anos, depois da II Guerra Mundial, para 67 anos, em 1990, e para 69 anos, em 1995. Entretanto, as mesmas organizações são taxativas ao informar que ainda que tal melhoria seja incontestável, também o é a permanência de profundas desigualdades nas condições de vida e saúde entre os países e, dentro deles, entre regiões e grupos sociais.

De outro lado, ao examinar as condições de morbi-mortalidade prevalentes, verifica-se, em alguns setores, a permanência de problemas que já estão resolvidos em muitos lugares e para diversas populações (como é o caso de certas doenças infectoparasitárias e condições ligadas à infra-estrutura urbana básica, por exemplo); o crescimento de outros problemas (as doenças crônicas não-infecciosas, tais como o câncer e as doenças cardio e cerebrovasculares); e o aparecimento de novos problemas (como a AIDS) e de questões antes não identificadas ou consideradas importantes (como o uso de drogas e a violência, ao lado dos fatores comportamentais) ou, sequer, como questões de saúde (o estresse, por exemplo).

A principal resposta social a tais problemas de saúde têm sido investimentos crescentes em assistência médica curativa e individual, ainda que se identifique, de forma clara, que medidas preventivas e a promoção da saúde, assim como a melhoria das condições de vida em geral, tenham sido, de fato, as razões fundamentais para os avanços antes mencionados.

Este artigo pretende discutir a contribuição da promoção da saúde, como campo de conhecimento e de prática, para a qualidade de vida. Para tanto, apresentaremos os conceitos que aproximam promoção da saúde e qualidade de vida, bem como algumas estratégias e iniciativas capazes de operacionalizar sua interação: as políticas públicas saudáveis que exigem a ação intersetorial, e uma nova institucionalidade social que vem se materializan-

do com as propostas dos municípios saudáveis, da Agenda 21 e do desenvolvimento local integrado e sustentável.

Saúde e qualidade de vida

O tema da influência da saúde sobre as condições e a qualidade de vida, e vice-versa, tem ocupado políticos e pensadores ao longo da história. Já no século XVIII, quando ocupava as funções de diretor geral de saúde pública da Lombardia austríaca e professor da Faculdade de Medicina, Johann Peter Frank escreveu, no seu célebre *A miséria do povo, mãe das enfermidades*, que a pobreza e as más condições de vida, trabalho, nutrição etc. eram as principais causas das doenças, preconizando, mais do que reformas sanitárias, amplas reformas sociais e econômicas (Sigerist, 1956). Chadwick, na primeira metade do século passado, referindo-se à situação de saúde dos ingleses, afirmava que a saúde era afetada – para melhor ou para pior – pelo estado dos ambientes social e físico, reconhecendo, ainda, que a pobreza era muitas vezes a conseqüência de doenças pelas quais os indivíduos não podiam ser responsabilizados e que a doença era um fator importante no aumento do número de pobres (Rosen, 1979). Segundo Sigerist (1956), Chadwick não queria apenas aliviar os efeitos das más condições de vida e saúde dos pobres ingleses, mas sim transformar suas causas econômicas, sociais e físicas.

Da mesma forma, há muito tempo tem sido questionado o papel da medicina, da saúde pública e, num sentido mais genérico, do setor saúde no enfrentamento do que seriam as causas mais amplas e gerais dos problemas de saúde, aquelas que fugiriam ao objeto propriamente médico da questão saúde. Virchow, na Alemanha, por exemplo, nos anos que precederam a revolução de 1848, liderou um poderoso movimento de reforma médica, através do qual defendia que a *medicina é uma ciência social e a política não é mais do que a medicina em grande escala* (Sigerist, 1956).

Em um livro já clássico, McKeown & Lowe (1989) afirmam que as melhorias na nutrição e no saneamento (aspectos relativos ao meio ambiente) e as modificações nas condutas da reprodução humana (sobretudo a diminuição no número de filhos por família) foram os fatores responsáveis pela redução da mortalidade na Inglaterra e no País de Gales, no século

XIX e na primeira metade do século XX. As intervenções médicas eficazes, como as imunizações e a antibioticoterapia, tiveram influência tardia e de menor importância relativa.

No panorama mundial, estudos clássicos, como o 'Black Report' inglês, além de uma notável tradição de estudos canadenses, norteamericanos e europeus, são pródigos em mostrar as relações entre saúde e qualidade/condições de vida.

O debate sobre qualidade (condições) de vida e saúde tem também razoável tradição tanto no Brasil quanto na América Latina. Paim (1997) publicou um excelente artigo de revisão sobre estudos que relacionam condições de vida e saúde desenvolvidos nas últimas décadas, no âmbito das correntes da medicina e da epidemiologia social. Nesse artigo ele destaca os trabalhos pioneiros de Josué de Castro, Samuel Pessoa, Hugo Bemh (Chile), e outros mais recentes, como os de Breilh e Gandra, no Equador; Laurell, no México; e Monteiro, Possas, Arouca e o próprio autor, no Brasil, todos de cunho teórico-conceitual ou que demonstram as mencionadas relações através de trabalhos empíricos.

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) realizou, não faz muito tempo, um seminário sobre condições de vida e situação de saúde em que vários autores latino-americanos discutem, de diversos ângulos, o tema da saúde e qualidade de vida. Os congressos brasileiros de saúde coletiva, epidemiologia, e ciências sociais e saúde promovidos pela mesma entidade nos últimos anos têm sido pródigos em trabalhos que, em diferentes conjunturas, discutem o mesmo tema. Duas revisões recentes, publicadas simultaneamente (Minao, 1995; Monteiro, 1995), exploram diversas dimensões do tema saúde e qualidade de vida no Brasil.

Particularmente em países como o Brasil e outros da América Latina, a péssima distribuição de renda, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambiente têm um papel muito importante nas condições de vida e saúde. Em um amplo estudo sobre as tendências da situação de saúde na Região das Américas recentemente publicado, a OPAS (1998) mostra, de forma inequívoca, que os diferenciais econômicos entre os países são determinantes para as variações nas tendências dos indicadores básicos de saúde e desenvolvimento humanos. A redução na mortalidade infan-

til, o incremento na esperança de vida, o acesso à água e ao saneamento básico, o gasto em saúde, a fecundidade global e o incremento na alfabetização de adultos foram função direta do Produto Nacional Bruto dos países.

Entretanto, demonstrar que a qualidade/condições de vida afeta a saúde e que esta influencia fortemente a qualidade de vida não é o único desafio. Embora sobejamente demonstradas, restam muitas questões a serem resolvidas e respondidas neste campo de investigação, inclusive no que diz respeito às intervenções que, a partir do setor saúde, possam, mais eficazmente, influenciar de forma favorável a qualidade de vida.

Nessa articulação entre saúde e condições/qualidade de vida, pode-se identificar mais recentemente – com flagrante inspiração nos pensadores e nos movimentos pioneiros da saúde pública e da medicina social já mencionados – o desenvolvimento da promoção da saúde como campo conceitual e de prática que busca explicações e respostas pretensamente integradoras para esta questão. É o que discutiremos a seguir.

Promoção da saúde

A promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

Decorridos pouco mais de dez anos da divulgação da Carta de Ottawa (WHO, 1986), um dos documentos fundadores da promoção da saúde atual, este termo está associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a idéia de responsabilização múltipla.

tipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos.

A promoção da saúde vem sendo interpretada, de um lado, como reação à acentuada medicalização da vida social e, de outro, como uma resposta setorial articuladora de diversos recursos técnicos e posições ideológicas. Embora o termo tenha sido usado a princípio para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva (Leavell & Clark, 1976), seu significado foi mudando, passando a representar, mais recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado.

O conceito moderno de promoção da saúde (e a prática conseqüente) surgiu e se desenvolveu, de forma mais vigorosa nos últimos vinte anos, nos países em desenvolvimento, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental. Quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas nos últimos 12 anos – em Ottawa (WHO, 1986), Adelaide (WHO, 1988), Sundsvall (WHO, 1991) e Jacarta (WHO, 1997) –, desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde. Na América Latina, em 1992, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (OPAS, 1992), trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional.

Sigerist (1946, *apud* Rosen, 1979) foi um dos primeiros autores a referir o termo, quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação, e afirmou que *a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso*, para o que pediu o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos. A estes, como especialistas em saúde, caberia definir normas e fixar padrões.

Leavell & Clark (1976) utilizam o conceito de promoção da saúde ao desenvolverem o modelo da história natural da doença, que comportaria três *níveis de prevenção*. Dentro dessas três fases de prevenção existiriam pelo menos cinco níveis distintos, nos quais poder-se-iam aplicar medidas preventivas, dependendo do grau de conhecimento da história natural de cada doença.

A prevenção primária, a ser desenvolvida no período de pré-patogênese, consta de medidas destinadas a desenvolver uma saúde ge-

ral melhor, pela proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente. A educação em saúde é elemento importante para esse objetivo. Afirmam os autores que os procedimentos para a promoção da saúde incluem um bom padrão de nutrição, ajustado às várias fases do desenvolvimento humano; o atendimento das necessidades para o desenvolvimento ótimo da personalidade, incluindo o aconselhamento e educação adequados dos pais, em atividades individuais ou de grupos; educação sexual e aconselhamento pré-nupcial; moradia adequada; recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho. A orientação sanitária nos exames de saúde periódicos e o aconselhamento para a saúde em qualquer oportunidade de contato entre o médico e o paciente, com extensão ao resto da família, estão entre os componentes da promoção.

Trata-se, portanto, de um enfoque da promoção da saúde centrado no indivíduo, com uma projeção para a família ou grupos, dentro de certos limites. De outro lado, verificou-se que a extensão dos conceitos de Leavell & Clark é inapropriada para o caso das doenças crônicas não-transmissíveis. De fato, com a segunda revolução epidemiológica (Terris, 1992) – o movimento de prevenção das doenças crônicas –, a promoção da saúde passou a associar-se a medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida, e não mais voltadas exclusivamente para indivíduos e famílias.

As diversas conceituações disponíveis para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos (Sutherland & Fulton, 1992). No primeiro deles, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Por exemplo, o hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito. Nessa abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos.

O que, entretanto, vem caracterizar a promoção da saúde, modernamente, é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, em torno da qual se reúnem os conceitos do segundo grupo. Este sustenta-se no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as mais fáceis) e do reforço (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e das comunidades.

Nesse sentido, como já afirmamos atrás, a promoção da saúde moderna vai resgatar, ainda que com qualidade distinta, as proposições de sanitaristas do século XIX, como Villermé, na França; Chadwick, na Inglaterra e Virchow e Neumann, na Alemanha, para quem as causas das epidemias eram tanto sociais e econômicas como físicas, e os remédios para as mesmas eram prosperidade, educação e liberdade (Terris, 1992).

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como o *processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo* (WHO, 1986). Inscreve-se, desta forma, no grupo de conceitos mais amplos, reforçando a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde.

Para Gutierrez (1994, *apud* Gutierrez, M. et al., 1997), *promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a níveis individual e coletivo*. Neste conceito,

mais apropriado à realidade latino-americana, agrega-se ao papel da comunidade a responsabilidade indelegável do Estado na promoção da saúde de indivíduos e populações.

Na realidade, o conceito de promoção da saúde vem sendo elaborado por diferentes atores técnicos e sociais, em diferentes conjunturas e formações sociais, ao longo dos últimos 25 anos. Inúmeros eventos internacionais, publicações de caráter conceitual e resultados de pesquisa têm contribuído para aproximações a conceitos e práticas mais precisas para este campo. Nos Quadros 1 e 2 encontra-se uma breve (e certamente incompleta) cronologia do desenvolvimento do campo da promoção da saúde no mundo e no Brasil, conforme Buss (1998).

O moderno movimento de promoção da saúde surgiu formalmente no Canadá, em maio de 1974, com a divulgação do documento *A New Perspective on the Health of Canadians*, também conhecido como Informe Lalonde (1974). Lalonde era então ministro da Saúde daquele país. A motivação central do documento parece ter sido política, técnica e econômica, pois visava enfrentar os custos crescentes da assistência médica, ao mesmo tempo em que apoiava-se no questionamento da abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas, pelos resultados pouco significativos que aquela apresentava.

Os fundamentos do Informe Lalonde encontram-se no conceito de campo da saúde, que reúne os chamados *determinantes da saúde*. Esse conceito contempla a decomposição do campo da saúde em quatro amplos componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde, dentro dos quais se distribuem inúmeros fatores que influenciam a saúde.

O documento concluiu que quase todos os esforços da sociedade canadense destinados a melhorar a saúde, bem como a maior parte dos gastos diretos em matéria de saúde, concentravam-se na organização da assistência médica. No entanto, as causas principais das enfermidades e mortes tinham suas origens nos outros três componentes: biologia humana, meio ambiente e estilos de vida.

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou, em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata. A conferência trouxe um

Quadro 1

Promoção da Saúde: uma breve cronologia.

-
- 1974 – Informe Lalonde: Uma Nova Perspectiva sobre a Saúde dos Canadenses/
A New Perspective on the Health of Canadians
- 1976 – Prevenção e Saúde: Interesse para Todos, DHSS (Grã-Bretanha)
- 1977 – Saúde para Todos no Ano 2000 – 30ª Assembléia Mundial de Saúde
- 1978 – Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde – Declaração de Alma-Ata
- 1979 – População Saudável/*Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*, US-DHEW (EUA)
- 1980 – Relatório Black sobre as Desigualdades em Saúde/*Black Report on Inequities in Health*, DHSS (Grã-Bretanha)
- 1984 – Toronto Saudável 2000 – Campanha lançada no Canadá
- 1985 – Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde: 38 Metas para a Saúde na Região Européia
- 1986 – Alcançando Saúde para Todos: Um Marco de Referência para a Promoção da Saúde/
Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion – Informe do Ministério da Saúde do Canadá, Min. Jack Epp
Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde – I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Canadá)
- 1987 – Lançamento pela OMS do Projeto Cidades Saudáveis
- 1988 – Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis – II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Austrália)
De Alma-Ata ao ano 2000: Reflexões no Meio do Caminho – Reunião Internacional promovida pela OMS em Riga (URSS)
- 1989 – Uma Chamada para a Ação/*A Call for Action* – Documento da OMS sobre promoção da saúde em países em desenvolvimento
- 1990 – Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre a Criança (Nova York)
- 1991 – Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde – III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Suécia)
- 1992 – Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio 92)
Declaração de Santa Fé de Bogotá – Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas (Colômbia)
- 1993 – Carta do Caribe para a Promoção da Saúde – I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe (Trinidad e Tobago)
Conferência das Nações Unidas sobre os Direitos Humanos (Viena)
- 1994 – Conferência das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento (Cairo)
- 1995 – Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher (Pequim)
Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Social (Copenhague)
- 1996 – Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos (Habitat II) (Istambul)
Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre Alimentação (Roma)
- 1997 – Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI em diante – IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Indonésia)
-

Fonte: Buss PM (1998)

Quadro 2

Promoção da Saúde no Brasil: breve cronologia.

Década de 1970

- Críticas ao modelo assistencial vigente, centrado na assistência médico-hospitalar. Medicina social. Ciências sociais em saúde
 - Tese O Dilema Preventivista, de Sérgio Arouca
 - Surgimento dos primeiros projetos de atenção primária/medicina comunitária (Montes Claros/MG, Papucaia/RJ e Niterói/RJ)
 - Surgimento do “movimento sanitário”
 - Conferência Internacional sobre Atenção Primária e Declaração de Alma-Ata
-

Década de 1980

- Movimento de redemocratização do país
 - Protagonismo político do “movimento sanitário”
 - Preparação da VIII Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação social (1985)
 - VIII Conferência Nacional de Saúde, com afirmação de princípios da promoção da saúde (sem este rótulo): determinação social e intersetorialidade. No Canadá, aparece a Carta de Ottawa (1986)
 - Processo constituinte, com grande participação do “movimento sanitário” (1986-1988)
 - Constituição Federal, com características de promoção da saúde (1988)
-

Década de 1990

- Lei Orgânica da Saúde, reafirmando os princípios promocionais da Constituição (1990)
 - Organização dos Conselhos de Saúde em todo os níveis: participação social, composição paritária, representação intersetorial (1991)
 - RIO 92, Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (1992)
 - Plano Nacional de Saúde e Ambiente: elaborado, não sai do papel (1995)
 - (a partir de 1995) PACS e PSF; NOB 96 (Piso Assistencial Básico); Pesquisa Nacional de Opinião sobre Saúde; Debates sobre Municípios Saudáveis
 - Surgimento da revista *Promoção da Saúde* (Ministério da Saúde) e anúncio do I Fórum Nacional sobre Promoção da Saúde (1999)
-

novo enfoque para o campo da saúde, colocando a meta de “saúde para todos no ano 2000” e recomendando a adoção de um conjunto de oito *elementos essenciais*: educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos.

Talvez o que tenha ficado como a marca da conferência tenha sido a proposta da atenção primária de saúde. Mas outros componentes muito importantes e menos divulgados devem ser ressaltados: a reafirmação da saúde como direito humano fundamental; que as desigualdades são inaceitáveis; que os governos têm a responsabilidade pela saúde dos cidadãos; e que a população tem o direito de participar das decisões no campo da saúde.

As conclusões e recomendações de Alma-Ata trouxeram um importante reforço para os defensores da estratégia da promoção da saúde, que culminou com a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, em 1986.

As Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde

Contando com participantes de cerca de 38 países, principalmente do mundo industrializado, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde teve como principal produto a Carta de Ottawa (WHO, 1986), que tornou-se, desde então, um termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento das idéias de promoção da saúde em todo o mundo.

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como *o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*. Subjacente a este conceito, o documento assume que *a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida*. A saúde é entendida, assim, não como um objetivo

em si, senão como um recurso fundamental para a vida cotidiana.

O documento aponta para os determinantes múltiplos da saúde e para a ‘intersectorialidade’, ao afirmar que *dado que o conceito de saúde como bem-estar transcende a idéia de formas sadias de vida, a promoção da saúde transcende o setor saúde*. E completa, afirmando que *as condições e requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade*.

Defesa da saúde, capacitação e mediação são, segundo a Carta de Ottawa, as três **estratégias fundamentais** da promoção da saúde.

A **defesa da saúde** consiste em lutar para que os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, bem como os mencionados pré-requisitos, sejam cada vez mais favoráveis à saúde.

A promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e **proporcionar os meios (capacitação)** que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde. Os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos capacitantes.

Os profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal de saúde, têm a responsabilidade de contribuir para a **mediação** entre os diferentes interesses, em relação à saúde, existentes na sociedade.

A Carta de Ottawa propõe cinco campos centrais de ação:

- Elaboração e implementação de **políticas públicas saudáveis**
- Criação de **ambientes favoráveis à saúde**
- Reforço da **ação comunitária**
- Desenvolvimento de **habilidades pessoais**
- **Reorientação do sistema de saúde**

As decisões em qualquer campo das políticas públicas, em todos os níveis de governo, têm influências favoráveis ou desfavoráveis sobre a saúde da população. A promoção da saúde propugna a formulação e implementação de **políticas públicas saudáveis**, o que implica a construção da prioridade para a saúde entre políticos e dirigentes de todos os setores e em todos os níveis, com responsabilização pelas conseqüências das políticas sobre a saúde

da população. As políticas públicas saudáveis se materializam através de diversos mecanismos complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, entre outras, e por ações intersetoriais coordenadas que apontem para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. Esse conceito vem em oposição à orientação prévia à Conferência, que identificava a promoção da saúde primordialmente com a correção de comportamentos individuais, que seriam os principais, senão os únicos, responsáveis pela saúde.

A criação de ambientes favoráveis à saúde implica o reconhecimento da complexidade das nossas sociedades e das relações de interdependência entre diversos setores. A proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde, bem como a conquista de ambientes que facilitem e favoreçam a saúde, como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade, passam a compor centralmente a agenda da saúde.

O incremento do poder técnico e político das comunidades (*empowerment*) na fixação de prioridades, na tomada de decisões e na definição e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde, é essencial nas iniciativas de promoção da saúde. Isto acarreta o acesso contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem sobre as questões de saúde por parte da população.

O desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida encontra-se entre os campos de ação da promoção da saúde. Para tanto, é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em muitos outros espaços coletivos. Diversas organizações devem se responsabilizar por tais ações. Esse componente da Carta de Ottawa resgata a dimensão da educação em saúde, embora aqui também avance com a idéia de *empowerment*, ou seja, o processo de capacitação (aquisição de conhecimentos) e de poder político por parte dos indivíduos e da comunidade.

A reorientação dos serviços de saúde na direção da concepção da promoção da saúde, além do provimento de serviços assistenciais, está entre as medidas preconizadas na Carta de Ottawa. Fica claramente proposta a superação do modelo biomédico, centrado na doen-

ça como fenômeno individual e na assistência médica curativa desenvolvida nos estabelecimentos médico-assistenciais como foco essencial da intervenção. O resultado são transformações profundas na organização e financiamento dos sistemas e serviços de saúde, assim como nas práticas e na formação dos profissionais.

A Conferência de Adelaide, realizada em 1988, elegeu como seu tema central as políticas públicas saudáveis *que se caracterizam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população* (WHO, 1988).

Nesse conceito pode-se identificar nitidamente a questão da intersectorialidade, que tem marcado desde então o discurso da promoção da saúde, bem como a idéia de responsabilização do setor público, não só pelas políticas sociais que formula e implementa (ou pelas conseqüências quando deixa de fazê-lo), como também pelas políticas econômicas e seu impacto sobre a situação de saúde e do sistema de saúde.

Em Adelaide também se afirma a visão global e a responsabilidade internacionalista da promoção da saúde, quando se estabelece que, devido ao grande fosso existente entre os países quanto ao nível de saúde, os países desenvolvidos teriam a obrigação de assegurar que suas próprias políticas públicas resultassem em impactos positivos na saúde das nações em desenvolvimento.

A III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall, na Suécia, em 1991, foi a primeira conferência global a focar diretamente a interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus aspectos (WHO, 1991). Ocorreu na efervescência prévia à primeira das grandes conferências das Nações Unidas previstas para "preparar o mundo para o século XXI": a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, a Rio-92. Ampliava-se, então, a consciência internacional de indivíduos, movimentos sociais e governos sobre os riscos de um colapso do planeta diante das inúmeras e profundas agressões ao meio ambiente.

O evento trouxe, com notável potência, o tema do ambiente para a arena da saúde, não restrito apenas à dimensão física ou *natural*, mas também enfatizando as dimensões social, econômica, política e cultural. Assim, refere-

se aos espaços em que as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu trabalho e os espaços de lazer e engloba também as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão, vale dizer, as estruturas econômicas e políticas.

A conferência sublinha quatro aspectos para um ambiente favorável e promotor da saúde:

1) A dimensão social, que inclui a maneira pela qual normas, costumes e processos sociais afetam a saúde, alertando para as mudanças que estão ocorrendo nas relações sociais tradicionais e que podem ameaçar a saúde, como o crescente isolamento social e a perda de valores tradicionais e da herança cultural em muitas sociedades.

2) A dimensão política, que requer dos governos a garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades.

3) A dimensão econômica, que requer o reescalonamento dos recursos para setores sociais, incluindo a saúde e o desenvolvimento sustentável.

4) A utilização da capacidade e conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive o político e o econômico.

O documento insiste na viabilidade da criação de ambientes favoráveis, fazendo menção às inúmeras experiências oriundas de todo o mundo, desenvolvidas particularmente no nível local, que cobrem as áreas reunidas como *cenários para a ação* na denominada *pirâmide dos ambientes favoráveis de Sundsvall*: educação, alimentação e nutrição, moradia e vizinhanças, apoio e atenção social, trabalho e transporte. As experiências referentes a esses campos, relatadas em Sundsvall, foram reunidas e revisadas em um informe publicado pela OMS (Hanglund et al., 1996).

A Conferência de Jacarta (WHO, 1997) foi a primeira a se realizar num país em desenvolvimento. Pode-se dizer que, desde o seu subtítulo (novos atores para uma nova era), pretendeu ser uma atualização da discussão sobre uma dos campos de ação definidos em Ottawa: o reforço da ação comunitária.

A conferência reconheceu que os métodos em promoção da saúde baseados no emprego de combinações das cinco estratégias de Ottawa são mais eficazes que os centrados em um único campo, e que diversos cenários (cidades, comunidades locais, escolas, lugares de trabalho etc.) oferecem oportunidades práti-

cas para a execução de estratégias integrais.

Em Jacarta foram definidas cinco prioridades para o campo da promoção da saúde nos próximos anos:

1) Promover a responsabilidade social com a saúde, através de políticas públicas saudáveis e comprometimento do setor privado.

2) Aumentar os investimentos no desenvolvimento da saúde, através do enfoque multissetorial, com investimentos em saúde, e também em educação, habitação e outros setores sociais.

3) Consolidar e expandir parcerias para a saúde entre os diferentes setores e em todos os níveis de governo e da sociedade.

4) Aumentar a capacidade da comunidade e fortalecer os indivíduos para influir nos fatores determinantes da saúde, o que exige educação prática, capacitação para a liderança e acesso a recursos.

5) Definir cenários preferenciais para atuação (escolas, ambientes de trabalho etc.).

A **Declaração de Bogotá** – o documento de lançamento da promoção da saúde na América Latina – reconhece a relação de mútua determinação entre saúde e desenvolvimento, afirmando que *a promoção da saúde na América Latina deve buscar a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento*. Assume que, assolada pelas desigualdades que se agravam pela prolongada crise econômica e as políticas de ajuste macroeconômico, a América Latina enfrenta a deterioração das condições de vida da maioria da população, junto com um aumento dos riscos para a saúde e uma redução dos recursos para enfrentá-los. Por conseguinte, *o desafio da promoção da saúde na América Latina consiste em transformar as relações excludentes, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e a equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento* (OPAS, 1992).

O documento estabelece cinco princípios ou premissas:

1) A superação das complexas e profundas desigualdades de tipos econômico, ambiental, social, político e cultural, como relativas à cobertura, acesso e qualidade nos serviços de saúde.

2) A necessidade de novas alternativas na ação de saúde pública, orientadas a combater simultaneamente as enfermidades causadas pelo atraso e a pobreza e aquelas que se supõe

derivadas da urbanização e industrialização.

3) A reafirmação da democracia nas relações políticas e sociais.

4) A conquista da equidade ao afirmar que *o papel da promoção da saúde consiste não só em identificar os fatores que favorecem a iniquidade e propor ações para aliviar seus efeitos, como também atuar como agente de transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes.*

5) O desenvolvimento integral e recíproco dos seres humanos e das sociedades.

A Declaração de Santa Fé de Bogotá aponta três estratégias para a promoção da saúde na América Latina:

1) Impulsionar a cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes e relações.

2) Transformar o setor saúde, pondo em relevo a estratégia de promoção da saúde.

3) Convocar, animar e mobilizar um grande compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade.

O documento define ainda onze compromissos indispensáveis para a implementação da promoção da saúde na América Latina:

1) Impulsionar o conceito de saúde condicionada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, e a promoção da saúde como estratégia para modificar esses fatores condicionantes.

2) Convocar as forças sociais para aplicar a estratégia de promoção da saúde.

3) Incentivar políticas públicas que garantam a equidade e favoreçam a criação de ambientes e opções saudáveis.

4) Estabelecer mecanismos de concertamento e negociação entre os setores sociais e institucionais.

5) Reduzir gastos improdutivos, como os gastos militares, o desvio de fundos públicos para a geração de lucros privados, a profusão de burocracias excessivamente centralizadas e outras fontes de ineficiências e desperdícios.

6) Fortalecer a capacidade da população para participar nas decisões que afetam sua vida e para optar por estilos de vida saudáveis.

7) Eliminar os efeitos diferenciais das desigualdades sobre a mulher.

8) Estimular o diálogo de saberes diversos.

9) Fortalecer a capacidade de convocação do setor saúde para mobilizar recursos na direção da produção social de saúde, estabelecendo as responsabilidades dos diferentes atores sociais em seus efeitos sobre a saúde.

10) Reconhecer como trabalhadores e agentes de saúde as pessoas comprometidas com os processos de promoção da saúde.

11) Estimular a investigação em promoção da saúde, para gerar ciência e tecnologia apropriada e disseminar o conhecimento resultante.

Políticas públicas saudáveis, intersectorialidade e municípios saudáveis¹

No debate sobre promoção da saúde e qualidade de vida, um especial destaque deve ser dado ao tema das políticas públicas saudáveis, da governabilidade, da gestão social integrada, da intersectorialidade, das estratégias dos municípios saudáveis e do desenvolvimento local. No nosso entendimento, estes são mecanismos operacionais concretos para a implementação da estratégia da promoção da saúde e da qualidade de vida, com ênfase particular no contexto do nível local.

Na realidade, não é novo o reconhecimento da contribuição das políticas públicas para a saúde das populações. Remonta aos primórdios do Estado moderno, por volta do século XVII, embora o advento da era microbiológica, em meados do século XIX, tenha restringido o escopo da ação sanitária, despojando-a de seu caráter de intervenção social e enfatizando seu caráter técnico e setorial, modelando o paradigma clássico da saúde pública e dos serviços de saúde modernos.

Entretanto, de forma curiosa e até paradoxal, a relação entre políticas públicas e saúde volta a ganhar relevo nos últimos anos, não tanto pelos benefícios, mas pelos malefícios por elas gerados. São notórios, e por vezes dramáticos, os efeitos das políticas que impulsionaram a economia urbano-industrial ao longo do século XX: desigualdades sociais, danos ambientais irreparáveis em alguns casos, ambientes sociais mórbidos geradores de sociopatias e psicopatias (violência, drogas etc.).

A idéia moderna de políticas públicas saudáveis envolve um duplo compromisso: o compromisso político de situar a saúde no topo da agenda pública, promovendo-a de setor da administração a critério de governo, e o compromisso técnico de enfatizar, como foco de intervenção, os fatores determinantes do processo saúde-doença.

A perspectiva das políticas públicas saudáveis distingue-se e ultrapassa em abrangência as ações ambientais da saúde pública tradicional e, mesmo, as políticas urbanas de expansão de serviços e bens de consumo coletivo. Implica uma abordagem mais complexa, devendo ser compreendida como uma (re)formulação inovadora tanto do conceito de saúde quanto do conceito de Estado (e, portanto, de política pública) e de seu papel perante a sociedade.

A nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Nesse marco, a intervenção visa não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade: eis a essência das políticas públicas saudáveis.

Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida “vívida”, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas. Nessa perspectiva, a intervenção sanitária refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença.

A nova concepção de Estado, subjacente à proposta das políticas públicas saudáveis, é aquela que (re)estabelece a centralidade de seu caráter público e de sua responsabilidade social, isto é, seu compromisso com o interesse público e com o bem comum. Numa perspectiva de reforma do Estado, isso implica um esforço (desenho institucional) de superar deficits de eficiência/efetividade (capacidade de *fazer* o que deve ser feito) e deficits de representatividade/sensibilidade (capacidade de *definir* o que precisa ser feito, segundo o interesse e as necessidades da sociedade).

Nesse contexto, é possível superar a idéia de políticas públicas como iniciativas exclusivas ou monopolísticas do aparelho estatal. Serão sempre fruto de interlocução e pactuação entre atores sociais em situação. Elaboradas e pactuadas em fóruns participativos, expressi-

vos da diversidade de interesses e necessidades sociais, as políticas públicas tendem a ser comprometidas com a saúde, quando têm sua implementação controlada pela participação ativa da sociedade. Representam, assim, uma nova e mais adequada redistribuição de direitos e responsabilidades entre o Estado e a sociedade.

O *empowerment* da população organizada, através da difusão ampla das evidências das relações entre saúde e seus pré-requisitos, assim como da construção de mecanismos de atuação eficientes, é central na estratégia da promoção da saúde para a reivindicação por políticas públicas saudáveis. Numa nova distribuição de deveres e direitos entre o Estado e a sociedade, entre indivíduos e coletivos, entre público e privado, a questão da participação não deve ser entendida como concessão ou normatividade burocrática, mas como pré-requisito institucional e político para a definição da “saúde que queremos”. Não é apenas uma circunstância desejável, mas uma condição indispensável para a viabilidade e efetividade das políticas públicas.

Um cuidado importante é evitar que a defesa necessária de políticas públicas saudáveis implique uma subordinação de outros setores governamentais à esfera da saúde, gerando resistências e suscitando isolamentos. Tendo na interdisciplinaridade o seu fundamento cognitivo e na intersetorialidade a sua ferramenta operacional, as políticas saudáveis, para não se limitarem a uma normatividade burocrática socialmente natimorta, devem suscitar ou partir de pactos horizontais com parceiros de outros setores governamentais e de outras comunidades epistêmicas, como os urbanistas, os educadores etc.

A intersetorialidade pode ser definida como *o processo no qual objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores* (OPAS, 1992).

Do ponto de vista conceitual, a intersetorialidade procura superar a visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas e na organização do setor saúde. Significa adotar uma perspectiva global para a análise da *questão saúde*, e não somente do *setor saúde*, incorporando o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de políticas públicas, como, por exemplo, educação, trabalho e renda, meio ambiente, habi-

tação, transporte, energia, agricultura etc., assim como sobre o contexto social, econômico, político, geográfico e cultural onde atua a política.

Essas áreas interagem entre si e com a área da saúde e, em conjunto, utilizam recursos da sociedade, influenciando a qualidade de vida e as demandas sobre os serviços de saúde. No processo de ação intersetorial é necessário obter conhecimentos tanto sobre os antecedentes, ou seja, os valores que levaram à formulação de determinada política, como também sobre o impacto que cada política setorial tem sobre a saúde da população.

De outro lado, a adoção da perspectiva global supõe também conhecer a complexidade das vinculações intersetoriais presentes em cada problema, objeto da política de saúde. Assim, a ação intersetorial pode questionar as conseqüências das diversas políticas sobre a saúde global da população ou sobre um determinado problema concreto de saúde, considerado em determinado território.

Forjar um Estado que opere a lógica da ação pública intersetorial supõe implementar uma **nova institucionalidade social** (CEPAL, 1998), entendida como o conjunto de organismos estatais encarregados do desenho, coordenação, execução e financiamento das políticas sociais, inclusive a de saúde.

Uma nova institucionalidade pública e estatal depende da configuração de uma autoridade social, ou o conjunto dos responsáveis pelas políticas sociais, que coordene as políticas intersetoriais, ou outros arranjos institucionais em torno de planos de desenvolvimento. Tal autoridade social deve ter posição de mesmo nível na estrutura de poder que as autoridades econômicas, com funções de planejamento e execução claramente definidas, além de recursos financeiros garantidos na repartição orçamentária. A coordenação social busca articular programas sociais dispersos entre instituições responsáveis pelos diversos âmbitos da política social.

Diversos países no Continente têm procurado desenhos institucionais que articulem instâncias governamentais intra e intersetorialmente com a sociedade civil. No caso de países de estrutura federativa, como o Brasil, torna-se necessária também a coordenação entre os diversos níveis administrativos e os setores sociais. Um enfoque deste tipo requer necessariamente a criação de redes interinstitucionais e uma nova cultura organizacional,

aberta e horizontal, tornando-se imprescindível, ainda, melhorar a qualidade dos recursos humanos envolvidos e gerar novas formas de relações e comunicação entre os distintos âmbitos do aparelho estatal (CEPAL, 1998). As experiências em desenvolvimento são recentes na América Latina, não dispendo, ainda, de avaliações conclusivas deste novo modo de funcionamento estatal.

Recentemente, no Brasil, uma série de experiências de gestão pública e mobilização social suscitou a implementação organizada de uma perspectiva de ação intersetorial, sob o rótulo do desenvolvimento local integrado e sustentável (Comunidade Solidária, 1998). Está também em curso no país a proposta da Agenda 21 (CNUMAD, 1992), entendida não como uma *agenda verde*, senão como a construção social de uma *agenda de desenvolvimento* que toma em conta sua sustentabilidade em termos ambientais.

A saúde pública latino-americana pode, mais do que propugnar pela adoção da intersetorialidade e de uma nova institucionalidade social, no contexto do desenvolvimento local e da Agenda 21, contribuir efetivamente para a construção teórica e prática dessas propostas, através da estratégia dos **municípios saudáveis**,² um modelo de articulação na formulação e implementação de políticas em prol da saúde, assim como da ação intersetorial.

O movimento das cidades saudáveis surgiu na Europa, no mesmo ano (1986) em que se realizou a já mencionada Conferência de Ottawa no continente americano. Segundo Ashton (1993), o projeto cidades saudáveis visava *ao desenvolvimento de planos de ação locais para a promoção da saúde, baseados nos princípios de saúde para todos da OMS*. Desde então vem crescendo continuamente, envolvendo hoje mais de 1.800 cidades, em várias redes desenvolvidas nos cinco continentes.

Referendado na Declaração de Santa Fé de Bogotá (OPAS, 1992) pela maioria dos países latino-americanos, assim como pela Carta de Promoção da Saúde no Caribe (OPAS, 1993), o movimento dos municípios saudáveis chegou à América Latina no início da década de 1990. Sua proposta pretende a articulação de políticas públicas multissetoriais na criação dos ambientes e condições para uma vida sadia com bem-estar. É, em última instância, uma forma de governar e administrar que requer e propicia a reestruturação dos sistemas de saúde e de sua articulação com outros sistemas, na con-

formação de políticas e programas integrados de desenvolvimento humano e bem-estar.

Segundo a OPAS (1998), *este enfoque centra a ação e a participação da comunidade, assim como a educação sanitária e a comunicação para a saúde, em ampliar as atitudes pessoais e a capacidade da comunidade de melhorar as condições físicas e psicossociais nos espaços onde as pessoas vivem, estudam, trabalham e se divertem.*

Para a OPAS, o movimento dos municípios saudáveis avançou rapidamente na região das Américas, num contexto de ampliação da descentralização e da participação democrática como o que se vem verificando na década de 1990, alcançando mais de 500 municípios em praticamente todos os países do Continente. Já foram realizados dois Encontros Latino-Americanos de Secretarias Municipais de Saúde – em Cuba (1994) e em Fortaleza, Brasil (1996) –, cujos objetivos foram consolidar a iniciativa da rede de municípios saudáveis e trocar experiências concretas desenvolvidas no Continente.

Sua configuração varia em cada município, compreendendo desde programas ainda unissetoriais e dirigidos à promoção de comportamentos individuais saudáveis até propostas bastante abrangentes, reunindo poder público e sociedade, com atividades que alcançam diversas dimensões e setores políticos, sociais e econômicos. Muitos países estão em processo de estabelecer redes nacionais para o intercâmbio de experiências e a busca de vantagens e incentivos nas negociações com os demais níveis do poder público.

A constituição de um programa de municípios saudáveis inclui, em geral, quatro fases: o início oficial e a determinação de prioridades; a preparação de um plano de ação; a unificação dos comitês organizadores e a execução de atividades e, por último, a criação de sistemas de informação para o monitoramento e avaliação do processo.

A articulação de políticas públicas municipais saudáveis, a ação intersetorial e a participação comunitária constituem as bases para o processo de estruturação de um município saudável. Um enorme desafio que ainda permanece é a identificação das melhores formas de institucionalidade social e de novas dinâmicas de gestão municipal integrada e participativa, que venham a permitir o alcance dos objetivos e metas traçadas para o processo.

Conclusões

Os profissionais de saúde, os movimentos sociais e as organizações populares, políticos e autoridades públicas têm responsabilidades sobre as repercussões positivas ou negativas que as políticas públicas têm sobre a situação de saúde e as condições de vida. A estratégia dos municípios saudáveis propicia, através de uma nova institucionalidade social a ser construída em cada momento histórico específico em que vivem as diferentes formações sociais, a promoção da saúde por intermédio da ação intersetorial, que viabiliza as políticas públicas saudáveis.

Não há receitas prontas. A mediação intersetorial e entre população e poder público, assim como a capacitação para o exercício da cidadania e do controle social são contribuições inestimáveis que a prática da promoção da saúde, por profissionais e ativistas da saúde, pode trazer ao movimento social.

A mudança da legislação e a introdução de inovações nos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família e a ampliação do piso assistencial básico podem ocasionar, no caso brasileiro, um extraordinário impulso à qualidade de vida e às condições de saúde, sob a ótica da promoção da saúde.

Movimentos como a Agenda 21 local e propostas de desenvolvimento local podem contribuir enormemente para o estabelecimento de alianças pró-saúde e a introdução de inovações na gestão pública, em torno de processos como a intersetorialidade e as políticas públicas saudáveis. A defesa da saúde e da promoção da saúde junto a políticos e movimentos sociais pode conduzir à adoção mais rápida, e em maior profundidade, das estratégias aqui apontadas.

Notas

¹ Este texto contém grande parte do artigo de Antônio Ivo de Carvalho publicado em Buss (1998).

² Para uma discussão mais abrangente sobre municípios saudáveis, ver artigos específicos sobre o tema nesta mesma publicação.

Referências bibliográficas

- Ashton J 1993. *Ciudades Sanas*. Masson, Barcelona. 236 pp.
- Buss PM 1998. *Promoção da Saúde e Saúde Pública*. ENSP, Rio de Janeiro. 178 pp. (Mimeo).
- Carvalho A I 1998. Políticas públicas saudáveis, pp. 31-37. In Buss PM (ed.). *Promoção da Saúde e Saúde Pública*. ENSP, Rio de Janeiro. 178 pp. Mimeo (no prelo).
- CEPAL 1998. *Panorama Social da América Latina 1997: Agenda Social*. CEPAL, Santiago do Chile. 231 pp.
- Comunidade Solidária 1998. Desenvolvimento local integrado e sustentável (DLIS) – Documento básico e catálogo de experiências. *Cadernos do Comunidade Solidária* 6. IPEA, Brasília.
- Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento/CNUMAD 1992. *Agenda 21*. Senado Federal, Brasília, 1996. 591 pp.
- Gutierrez M et al. Perfil descritivo-situacional del sector de la promoción y educación en salud: Colombia. In Aroyo HV y Cerqueira MT (eds.), 1996. *La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en América Latina: un Analisis Sectorial*. Editorial de la Universidad de Puerto Rico. 114 pp.
- Hanglund BJA et al. 1996. Creating supportive environments for health. *Public Health in Action* 3. WHO, Genebra. 201 pp.
- Lalonde M 1974. A new perspective on the health of Canadians, pp. 3-5. In OPAS 1996. *Promoción de la Salud: Una Antología*. Publ. Cient. 557, OPAS, Washington.
- Leavell H & Clark EG 1976. *Medicina Preventiva*. McGraw-Hill Inc., São Paulo. 744 pp.
- McKeown T & Lowe CR 1989. *Introducción a la Medicina Social*. 4ª ed. Siglo XXI, México. 365 pp.
- Mendes EVM 1996. *Uma Agenda para a Saúde*. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro. 300 pp.
- Minayo MCS (ed.) 1995. *Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80*. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro. 356 pp.
- Monteiro CA (ed.) 1995. *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: A Evolução do País e de suas Doenças*. Hucitec-Nupens/USP, São Paulo. 359 pp.
- OPAS 1992. Declaração de Santa Fé de Bogotá, pp. 41-47. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ 1996. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.
- OPAS 1993. *Caribbean Charter for Health Promotion*. OPAS, Washington. 6 pp.
- OPAS 1996. *Promoción de la Salud: Una Antología*. Publ. Cient. 557. OPAS, Washington. 403 pp.
- OPAS 1998. *La Salud en las Américas*, vol. 1, OPAS, Washington. 368 pp.
- Paim JS 1997. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e Ação, pp. 7-30. In Barata RB (org.). *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Saúde e Movimento 4. Abrasco, Rio de Janeiro.
- Rosen G 1979. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Graal, Rio de Janeiro.
- Sigerist H 1956. *The University at the Crossroad*. Henry Schumann Publisher, Nova York.
- Sigerist H 1990. *Hitos en la Historia de la Salud Pública*. 4ª ed. Siglo XXI, México. 218 pp.
- Sutherland RW & Fulton MJ 1992. Health promotion, pp. 161-181. In Sutherland & Fulton. *Health Care in Canada*. CPHA, Ottawa.
- Terris M 1992. Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la teoría de la salud pública, pp. 37-44. In OPAS 1996. *Promoción de la Salud: Una Antología*. OPAS, Washington.
- WHO/UNICEF 1978. *Primary Health Care – Report of the International Conference on PHC*, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sep. 1978. WHO, Genebra. Health-for-All Series nº 1 (inclui a *Declaration of Alma-Ata*).
- WHO 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.
- WHO 1988. Declaração de Adelaide, pp. 19-30. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.
- WHO 1991. Declaração de Sundsvall, pp. 31-40. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.
- WHO 1997. Declaração de Yakarta, pp. 174-178. In Buss PM (ed.) 1998. *Promoção da Saúde e Saúde Pública*. ENSP, Rio de Janeiro. 178 pp. (Mimeo).
- WHO 1998. *The World Health Report 1998: Life in the 21st Century – A Vision for All*. WHO, Genebra. 241 pp.