

# O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM COMPROMISSO COM A QUALIDADE DE VIDA

*The Family Health Program: a Commitment with the Quality of Life*

Márcia Faria Westphal

Profa. Titular do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

## sinopse

O Ministério da Saúde, as secretarias estaduais de saúde e os municípios que optaram por reestruturar o modelo de assistência à saúde e o aparelho formador de pessoal que colabora para viabilizá-lo, via Programa Saúde da Família (PSF), têm acompanhado, alimentado e enriquecido as discussões relacionadas ao tema qualidade de vida, que é ou deve ser o objetivo final deste programa. Vários grupos dentro do setor saúde e muitos fora dele tem se dedicado a conceituar qualidade de vida, partindo ou de revisões da literatura ou de premissas desenvolvidas por teóricos nacionais e/ou internacionais. Vamos apresentar vários componentes e características do conceito enunciados na literatura e discuti-los a partir de dados de experiências vivenciadas na prática, no contato com diferentes grupos da população.

## palavras-chave

Carta de Ottawa; programa saúde da família; qualidade de vida.

## abstract

The Ministry of Health, state health secretaries and the municipals which opted to restructure the health care model and the personnel training apparatus that collaborates to make this feasible, via the Family Health Program (PSF), have accompanied, maintained and enriched discussions related to the quality of life theme, which is or should be the final objective of this program. Various groups within the health sector and many outside of it have dedicated themselves to evaluate the quality of life, coming from either published reviews or from premisses developed by national and/or international theoreticians. We are going to present several components and characteristics of the concepts expressed in publications and discuss them based on data from experience witnessed in practice, in contact with different groups of the population.

## key words

The Ottawa Charter; family health program; quality of life.

## O QUE É QUALIDADE DE VIDA?

Qualidade de vida é "uma construção social, com marca da relatividade".

Recentemente MINAYO, HARTZ E BUSS (2000), reviram a literatura e discutiram o conceito não conseguindo conceituá-lo a não ser "como uma noção polissêmica", "uma construção social, com a marca da relatividade". Segundo os autores "qualidade de vida abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes...".

De acordo com esta afirmação, a relatividade tem três fóruns de referência: o histórico - parâmetros de referência em relação a qualidade de vida de uma sociedade diferem em diferentes etapas da história; cultural - valores e necessidades são construídos e hierarquizados diferentemente pelos povos, revelando suas tradições; estratificações e classes sociais - o bem estar das camadas superiores é o padrão aspirado por todos e a passagem de um limiar a outro se faz na perspectiva de atingir este padrão superior.

## QUALIDADE DE VIDA E CONSUMO

No momento atual em que iniciamos um novo século, o cenário mundial se apresenta como um movimento dinâmico de globalização no qual surgem, além de novas fronteiras econômicas, sociais e geográficas, crescentes conflitos culturais, religiosos e humanos. O Estado tem o seu papel modificado, sendo a ação governamental agora dirigida quase exclusivamente para tornar possível às economias nacionais desenvolverem e sustentarem condições estruturais de competitividade em escala global. O capitalismo então na sua terceira fase de desenvolvimento, se rege pelo mercado, baseia-se na flexibilidade em relação aos processos de trabalho, ao mercado de trabalho, aos produtos e aos padrões de consumo. Ao mesmo tempo com apoio dos novos sistemas de comunicação e informação, dos bancos eletrônicos e do "dinheiro de plástico" estas mudanças expandiram a sociedade de consumo. O ritmo do consumo acelerou-se em diferentes áreas: vestuário, ornamentos, decoração, hábitos de lazer, esportes e consumo de eletrônicos. O consumo de serviços aumentou não apenas o comércio, as necessidades de educação, saúde, mas grande parte do capital está sendo aplicado na provisão de serviços efêmeros que contribuem para alienar a população: diversões, espetáculos, happenings, reality shows.

Todas estas mudanças acentuaram a instabilidade dos princípios temporais que organizam a vida. Assim, neste novo século, as condições que favorecem positivamente o mercado, como o consumo, são vistas como boas, como positivas. O mundo

***O homem não participa mais com as massas na política, mas dedica-se ao seu cotidiano, ao seu mundo. Envolve-se com as minorias, com as pequenas causas, com as metas pessoais e a curto prazo.***

de hoje nega o sistema, o coletivo, para afirmar o indivíduo, o diferente, o atípico. O homem não participa mais com as massas na política, mas dedica-se ao seu cotidiano, ao seu mundo. Envolve-se com as minorias, com as pequenas causas, com as metas pessoais e a curto prazo.

Dentro deste contexto, o conceito de qualidade de vida - "padrão de consumo" - está se tornando hegemônico e a um passo de adquirir "significado planetário" (MINAYO, HARTZ E BUSS, 2000).

"Conforto, prazer, boa mesa, moda, utilidades domésticas, viagens, carro, televisão, telefone, computador... entre outras comodidades e riquezas"... são valores do mundo ocidental, urbanizado, rico e muitas pessoas se mobilizam para adquiri-los, muitas vezes a qualquer custo (CARDOSO IN: HERCULANO 1998; MINAYO, HARTZ E BUSS, 2000).

Justamente por existirem formas de conceituar qualidade de vida, como a já mencionada, isto é, consumo como sinônimo de qualidade de vida, do nosso ponto de vista, uma abordagem eticamente enganosa e alienante da população é necessário um trabalho de recuperação de valores. Se considerarmos ainda o argumento do relativismo cultural, e de todo aporte da discussão que a literatura nos trás, é necessário estimular valores de solidariedade e justiça social, entre os profissionais do programa de saúde da família, para que possam combater a indiferença em relação à marginalização, a exclusão, à fome e à doença, problemas que estão na raiz dos conflitos, da violência e da má qualidade de vida da população.

Mesmo considerando e valorizando o relativismo histórico e cultural, outros autores deste século, especialmente ligados à ciências sociais e filosofia vem discutindo formas de conceituar qualidade de vida, a partir de universais da cultura e atendimento de necessidades de sobrevivência.

Qualidade de vida contempla aspectos relacionados as condições materiais de vida e à subjetividade nas relações dos homens entre si e com a natureza.

***Qualidade de vida contempla aspectos relacionados as condições materiais de vida e à subjetividade nas relações dos homens entre si e com a natureza.***

A leitura dos textos destes autores sobre a determinação da qualidade de vida permitiu observar uma tensão constante entre o fato da mesma estar relacionada a *fatores objetivos*, tais como as condições materiais necessárias à sobrevivência (status sócio-econômico, renda, habitação, acesso à água pura, saneamento básico, educação, emprego ou trabalho e outros) ou a *fatores subjetivos* tais como a necessidade de se relacionar com outras pessoas, formar identidades sociais, sentir-se integrado socialmente e em harmonia com a natureza, atitudes, percepções, sentimentos, religião, crenças, tendência política, avaliação que o indivíduo faz da sua qualidade de vida). Há autores que expressaram posições radicalizadas relacionadas a valorização de um dos dois fatores (DUBOS, 1970, ANDREWS & WITNEY, 1976, BERLIGUER, 1983, COIMBRA, 1985, ROCHE, 1990, CROCKER, 1993, HERCULANO, 1998). Para SÉTIEN a qualidade de vida deveria atender a dimensões objetivas e subjetivas, mas sob a ótica coletiva e não individualizada, relacionada a satisfação global dos grupos, comunidades ou sociedades priorizando o bem estar social.

A partir do crescimento do movimento ambientalista na década de 70, a maior parte da literatura consultada, entretanto, segue uma tendência preponderante da consideração de dois tipos de fatores na constituição de um conceito orientador de ações: os aspectos humanos e os ambientais. A perspectiva ambientalista acrescenta o questionamento dos modelos de bem estar predatórios, agregando fortemente às preocupações anteriores, a visão da ecologia humana (CONFERÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO, 1992; CONFERÊNCIA PAN - AMERICANA SOBRE SAÚDE E AMBIENTE NO DESENVOLVIMENTO HUMANO SUSTENTÁVEL, 1995).

## PRÉ-REQUISITOS PARA A SAÚDE E A QUALIDADE DE VIDA

No campo da saúde, o discurso da qualidade de vida, embora bastante inespecífico e generalizante, existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX. Nos últimos anos esta discussão tem no conceito de Promoção de Saúde e nos textos básicos das Conferências Internacionais desta área sua fonte inspiradora. Segundo o nosso entendimento a Carta de Ottawa que sintetiza as conclusões da I Conferência Internacional de Promoção de Saúde *ênfatiza também aspectos humanos e ambientais, a objetividade e a subjetividade em conjunto*, como pré-requisitos para qualidade de vida e saúde de indivíduos

e coletividades. Os pré-requisitos para os quais chamou a atenção foram: *a paz; posse de uma habitação*, que atenda à necessidade básica de abrigo, adequada em termos de dimensões por habitante, condições de conforto térmico e outras; *acesso a um sistema educacional eficiente*, em condições que favoreçam a democratização da informação e formação dos cidadãos; *disponibilidade de alimentos* em quantidade suficiente para o atendimento das necessidades biológicas, promoção do crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes e reposição da força de trabalho; *renda suficiente* para o atendimento às necessidades básicas e pré-requisitos anteriores; *recursos renováveis* garantidos por uma política agrária e industrial voltada para as necessidades da população e o mercado interno e não somente exportação e importação, *ecossistema preservado e manejado de forma sustentável* - (OPAS, 1996, STROZZI & GIACOMINI, 1996).

As recomendações desta Carta na prática das equipes de Saúde da família é que farão a diferença destes em relação aos programas tradicionais e que garantirão a mudança de paradigma, de práticas e de resultados. A discriminação deste pré-requisitos, nesta perspectiva ampliada da saúde não permite mais a restrição das ações relacionadas a resolução das questões da qualidade de vida, ao setor saúde. Clama as diferentes instituições e os diferentes atores sociais a verificar como a sociedade está satisfazendo as necessidades básicas da população, a distribuição de bens e serviços, as carências decorrentes de iniquidades.

A qualidade de vida também é desenvolvimento de capacidades humanas básicas e com a participação dos grupos populacionais

Uma discussão atual e com potencial para questionar este fluxo hegemônico é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de autoria de Nussbaum e Sen e o conceito subjacente a ele. Esses autores influenciados pelos conceitos e a ética de Aristóteles e os conceitos de Marx, elaboraram uma concepção da "existência e do florescimento humano" e a partir disto propuseram a forma atual de desenvolvimento do Índice (CROCKER, 93). Dentro desta perspectiva ética do desenvolvimento, definem

**... I Conferência Internacional de Promoção de Saúde enfatiza também aspectos humanos e ambientais, a objetividade e a subjetividade em conjunto, como pré-requisitos para qualidade de vida e saúde de indivíduos e coletividades.**

qualidade de vida a partir de dois conceitos: "capacidade", que representa as possíveis combinações de potencialidades e situações que uma pessoa está apta a "ser" ou "fazer" e "funcionalidade" - que representa partes do estado de uma pessoa - as várias coisas que ela faz ou é. Para os autores então, qualidade de vida pode ser avaliada em termos de "capacitação para alcançar funcionalidades elementares - alimentar-se, ter abrigo, saúde - e as que envolvem auto respeito e integração social - tomar parte na vida da comunidade".

A capacitação dependerá de muitos fatores e condições, inclusive da personalidade do indivíduo, mas principalmente de acordos sociais e de participação da população. Com este enfoque os autores privilegiam a análise política e social das privações - valorizando as oportunidades reais que as pessoas tem a seu favor. Nesta perspectiva "qualidade de vida não deve ser entendida com um conjunto de bens, confortos e serviços, mas através destes, das oportunidades efetivas das quais as pessoas dispõe para ser e se realizar no passado e no presente"... e no futuro (HERCULANO, 1998).

Nesta perspectiva o bem estar ou a melhoria da qualidade de vida, a possibilidade de ser ou de se realizar depende de uma opção política de desenvolvimento a partir da democratização da sociedade. Uma opção política para obtenção de acordos sociais seria a ética da solidariedade, que consiste em um esforço de mudança do Estado em sua relação com a sociedade que se expressa pela formação de novas modalidades de parceria entre a sociedade e o governo para resolução dos grandes e complexos problemas que vivemos. O processo de democratização complementarmente se propõe a, através da educação, ampliar as possibilidades da coletividade influenciar nas decisões que dizem respeito à ela e participar na vida comunitária se disponibilizando como coletividade, a ser influenciado por ações passadas e presentes.

**... a ética da solidariedade, que consiste em um esforço de mudança do Estado em sua relação com a sociedade que se expressa pela formação de novas modalidades de parceria entre a sociedade e o governo para resolução dos grandes e complexos problemas que vivemos.**

## QUALIDADE DE VIDA, HÁBITOS E ESTILOS

Ainda, para podermos encontrar o caminho mais adequado para tratar a questão da qualidade de vida no mundo atual, em função de um novo modelo de desenvolvimento, é necessário colocar em questão uma assertiva, um componente muito presente em programas do setor saúde e em programa de "qualidade na empresa". A concepção a ser discutida é a que encara a depreciada relação ser humano/natureza, como decorrente basicamente dos comportamentos inadequados dos indivíduos, buscando adentrar o campo das forças que determinam estes comportamentos, para modificá-los. A mudança de comportamento ou de estilo de vida surge como uma importante estratégia para a consecução da qualidade de vida. Na medida em que não se consegue modificar o comportamento "deletério à saúde" ou qualidade de vida de um indivíduo ou de uma coletividade, transforma-se a vítima, que geralmente vive condições adversas de vida, em culpada por não querer assumir um estilo de vida considerado "de qualidade", "saudável", e por conseqüência não ter um padrão de saúde adequado.

## CONCLUSÕES A RESPEITO DO CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA

Em síntese, um conceito de qualidade de vida orientador de ações deve considerar a relatividade histórica, cultural e social. Neste início de século, a complexidade que ele representa em um mundo também difícil e complexo, reflete a organização política e social do momento e do passado recente com todas sua dinâmica. Não representa somente a possibilidade de consumir bens duráveis e não duráveis, fundamentais para a sobrevivência e os supérfluos, nem depende exclusivamente dos indivíduos assumirem estilos de vida saudáveis. Integra muitas dimensões, tantas decisões políticas quantas estiverem interferindo no nosso desenvolvimento econômico, social e humano e tantas condições políticas, de vida e trabalho quantas forem necessárias para que possa vir a ser empregado como substrato de uma crítica em profundidade a um estilo de desenvolvimento vigente, que valoriza o indivíduo e o consumo que ele pode gerar. O movimento pela qualidade de vida neste momento não é considerado apenas um modismo, mas um movimento de indagação sobre o futuro, onde a desigualdade está presente de forma contundente.

Enfim conceituar qualidade vida, tentando resgatar o princípio ético da vida, como o fizeram os participantes da Conferência de Ottawa é fundamental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Uma conceituação deste tipo, estimula as diferentes instituições e os diferentes atores sociais a verificar como a sociedade está satisfazendo as necessidades básicas da população, a distribuição de bens e serviços, as carências decorrentes de iniquidades e da falta de oportunidade de adquirir conhecimentos orientadores de práticas mais saudáveis.

Este trabalho entretanto não é fácil. Geralmente os profissionais de saúde têm seus valores pessoais e profissionais e como pertencem a uma classe diferente da população em geral, em função do relativismo do mesmo já mencionado, têm dificuldade de entender, a partir dos discursos da população os seus conceitos de qualidade de vida e agem preconceituosamente em relação à priorização que a população dá às suas necessidades e seus sonhos.

Para exemplificar isto temos uma história verídica a contar. Certa vez em uma cidade pequena do interior de São Paulo, a universidade trabalhando junto ao Departamento de Saúde local na implementação do SUS e seus princípios, levou a efeito um levantamento de necessidades junto a grupos organizados da população do município e o lazer apareceu como uma ação prioritária a ser atendida pelo governo local, juntamente com a oferta de capacitação profissional para os adolescentes fora do horário escolar.

O Serviço de Saúde local neste momento em expansão, estava com dificuldades de conseguir verba da prefeitura para a extensão dos serviços de atenção à saúde da comunidade e o prefeito, desonesto e interessado em superfaturar obras, aproveitou a oportunidade para começar a construção de um ginásio local de esportes. O chefe do Departamento de Saúde não quis negociar e inclusive considerou problemática a ação da universidade que havia interferido negativamente na negociação de verbas para a saúde. O chefe do Departamento do Serviço de Saúde levou a efeito investigações que comprovaram a desonestidade do prefeito e este foi colocado em disponibilidade, tendo o ginásio de esportes ficado com suas obras paradas por muitos anos. Naquele tempo, 1990 ainda não se discutia Promoção de Saúde e tudo ficou como distorção da pesquisa e ação enganosa do Prefeito. Somente em 2000 este ginásio ficou pronto e em uso. Não sabemos se agora a comunidade tem lazer neste local.

Hoje, revendo esta questão ficaram comprovadas duas coisas, que nós profissionais de saúde perguntamos às comunidades seus interesses, mas na maior parte das vezes não ouvimos e não entendemos ou não conseguimos dialogar com pessoas que tem pontos de vista diferentes dos nossos. Fazemos aquilo que tecnicamente consideramos correto do ponto de vista epidemiológico e de técnicas de gestão, ignorando o que ouvimos, considerando que a população não sabe o que melhor para ela, ou melhor não sabe o que precisa para melhorar suas condições e qualidade de vida. As soluções exclusivamente técnicas as vezes, podem não ser acertadas, porém isto não quer dizer que o técnico tenha que se omitir, bem como a população também precisa participar das decisões porque é ela que vive o dia a dia, no

território geográfico e de relações. É ela que conhece a história e que a partir de seu mundo aspira ter tudo aquilo que a mídia lhe apresenta como valor. É ela que não tem condições para mudar seus estilos de vida e torná-los mais saudáveis, é ela que não tem água, que não tem esgoto e local para colocar o lixo para ser recolhido. É ela que vive o *stress* do trabalho, do desemprego, da fome, da habitação acanhada e da falta de espaço para fugir de todas estas problemas.

Hoje a partir do conceito de Saúde e das estratégias de Promoção da saúde, nosso horizonte se amplia, mas o risco do preconceito continua. Vários grupos começam a colocar na mesa seus pontos de vista, discutir e argumentar, técnicos e população e negociar soluções, compreendendo que os valores e as necessidades são relativos, que os comportamentos necessitam de condições para serem modificados e que a síntese cultural deve ser buscada para que a solução seja a mais acertada possível.

A identificação dos problemas e a consciência da causalidade fortalece os grupos e segmentos da população e colabora para a organização dos mesmos no sentido de que planejem e implementem iniciativas saudáveis que colaborem para a melhoria das condições de vida e trabalho e para que se reúnam para advogar junto ao Estado, as condições necessárias à garantia dos direitos humanos básicos e para trabalhar de forma articulada e parceira com ele para a resolução dos problemas do país.

## A QUALIDADE DE VIDA E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Uma estratégia adotada para implementar o Sistema Único de Saúde (SUS) é o Programa de Saúde da Família, que deve se responsabilizar por atender às demandas relacionadas ao diagnóstico e tratamento de doenças das famílias que vivem no território onde a mesma atua, identificar e promover o controle dos fatores de risco destas doenças e desenvolver atividades, para que os pré-requisitos sintetizados na Carta de Ottawa para saúde e qualidade de vida da população sejam atendidos.

Ações individuais, coletivas, com base na ética da solidariedade e que busquem a sustentabilidade e respeito nas relação do homem com a natureza precisam ser programadas e desenvolvidas. O programa de saúde da família tendo uma atuação mais ampla poderá dar uma contribuição importante para a mudança de modelo e atendimento das necessidades da população.

Há, entretanto, uma demanda de trabalho para os profissionais de saúde envolvidos nos programas de Saúde da Família que é, por assim dizer, adicionada à demanda tradicional. No campo da prática, ao mesmo tempo em que o profissional deve dar conta de tarefas tradicionais, sobretudo as de caráter técnico,

***Ações individuais, coletivas, com base na ética da solidariedade e que busquem a sustentabilidade e respeito nas relação do homem com a natureza precisam ser programadas e desenvolvidas.***

**... cada  
Unidade de  
Saúde da Família e  
sua equipe,  
precisa se  
conscientizar  
de sua  
responsabilidade  
em relação à  
qualidade de  
vida das pessoas  
que convivem nas  
suas dependências,  
no dia a dia,  
e assumir  
concretamente  
um projeto  
interdisciplinar,  
intersetorial e  
ético para ser  
desenvolvido com  
este objetivo,  
dentro e fora da  
Unidade.**

necessita compreender o que é trabalhar pela qualidade de vida hoje. Mais do que isso, deve ser preparado, com o conhecimentos e a habilidades para a interlocução, para se dirigir a um público mais amplo do que fazia tradicionalmente, e principalmente, para incorporar em suas tarefas e aptidões o universo político que o rodeia. Há uma demanda extensa por parte de um público, até certo ponto incomum, para o profissional que se insere neste campo de trabalho.

A interdisciplinaridade e a intersectorialidade, condição básica para a resolução dos complexos problemas de qualidade de vida, trazem dificuldades que lhe são inerentes e desafios que não são novos (BUSS, 1996). Aqui talvez resida o maior desafio e grande parte da missão da equipe de saúde da família e dos profissionais que a integram, especialmente no atual estágio de construção em que o modelo se encontra e no enfrentamento dos complexos problemas do mundo contemporâneo.

Os profissionais, para desempenhar o papel de promotores da qualidade de vida, devem ser capazes de fazer uma avaliação crítica da realidade, serem autônomos e aptos ao diálogo técnico e leigo com os mais variados setores. Devem ainda estar habilitados a desempenhar atividades antes não requeridas, como a atuação política junto a grupos populacionais, institucionais e órgãos de administração pública.

As Unidades de PSF e seus profissionais responsáveis têm que se preocupar com a apresentação e as interações que ocorrem no seu ambiente interno. O ambiente dos serviços de saúde nem sempre representam aquilo que se ensina para a população nos atendimentos domiciliares ou nas unidades. Nem sempre o ambiente dos mesmos favorece o bem estar físico, mental, social e espiritual dos seus profissionais, dos seus funcionários e muito menos usuários durante a permanência nas suas dependências.

O clima de competição entre os profissionais e ou funcionários, a mudança da relação espaço/tempo tanto para profissionais como para funcionários vem favorecendo a criação e permanência do estresse, violência e outros problemas de origem emocional em

suas dependências. A carga psicológica do trabalho, muitas vezes juntamente com o baixo salário e riscos de acidentes do trabalho introduzem a necessidade de análise da organização do trabalho e prescrição tecnológica inerente à saúde do trabalhador.

Os ambientes administrativos, de atendimento e laboratórios criados sem preocupação com o bem estar dos indivíduos que os freqüentam, fazem-nos pensar em abordagem ambiental interna para as áreas, com controle atmosférico de poluentes químicos e biológicos, controle de som e iluminação.

Muitas práticas realizadas nas Unidades de saúde se caracterizam por manter o *statu quo*, por desenvolver pouca consciência social, por tentar instigar comportamentos inaceitáveis, mais do que encorajar as pessoas a mudar a sociedade e por culpar a vítima por seus comportamentos inadequados. O que existe de positivo ou de mudanças correspondem a esforços isolados e algumas unidades e baseada em uma visão parcial do que seja qualidade de vida ou de qual seja a contribuição da mesma para sua transformação.

Para uma contribuição efetiva para o tema, cada Unidade de Saúde da Família e sua equipe, precisa se conscientizar de sua responsabilidade em relação à qualidade de vida das pessoas que convivem nas suas dependências, no dia a dia, e assumir concretamente um projeto interdisciplinar, intersetorial e ético para ser desenvolvido com este objetivo, dentro e fora da Unidade (BUSS, 2000).

## **A QUALIDADE DE VIDA MENSURADA EM TODOS OS SEUS ASPECTOS**

A qualidade de vida como um objetivo a ser atingido por Programas de Promoção de Saúde como o Programa de Saúde da Família, precisa mensurar seus resultados e compreendê-los para melhorar constantemente suas possibilidade de melhorar as condições de vida e trabalho da população, em conjunto com outras iniciativas existentes nas comunidades onde atuam.

O índice de desenvolvimento humano proposto por Sen & Naussbaum, o IDH

(CROCKER, 93), mensura a qualidade de vida obtida a partir de vários modelos de desenvolvimento utilizados do primeiro, ao terceiro mundo. Apura não só o desenvolvimento da produção a partir de dados do PIB per capita, mas verifica a expectativa de vida ao nascer que afere as possibilidades de adoecimento na população e a alfabetização que contabiliza o acesso a escolarização. Contudo, falham do ponto de vista de muitos autores, por não incorporarem a dimensão ambiental, o que possibilitaria a percepção sobre o estado do ecossistema, muito importante, especialmente nos dias de hoje, com a urbanização e a industrialização, degradando a qualidade de vida nas cidades. Falham também por não incluir indicadores e metodologias qualitativas de pesquisas que dêem conta dos aspectos subjetivos e da complexidade do conceito.

Outros indicadores precisam ser criados pelos programas de Saúde da Família pensando principalmente na relatividade cultural e estrutural do conceito, como também será importante participar do jogo de construção de indicadores e mensuração a partir de um conceito que considere o contexto sócio-econômico-cultural, a história, as condições objetivas de vida e as potencialidades de uma população que vive em um território.

Os indicadores devem ser objetivos suficiente, que sejam capazes de indicar problemas e potencialidades e capaz de subsidiar sugestões para a implementação de políticas, que garantam uma ordem social mais eqüitativa de distribuição de riqueza.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Caso não seja feito este esforço, a identificação de problemas e a criação de propostas transformadoras em qualquer ambiente serão ingênuas e parciais e a possibilidade de demonstrar a eficiência do programa será muito pequena. Hoje é possível contabilizar o que foi feito e alguns indicadores de resultados em função de redução de índices de incidência e prevalência de doenças, bem como de mortalidade. Mas não é possível verificar impacto em termos de melhoria da qualidade de vida, de saúde, que é a proposta da Promoção da Saúde. Caso não se faça este esforço de construção de indicadores, esta proposta de "Programa Saúde da Família" serão marginalizados de interesses vitais do processo decisório, pois as autoridades e a sociedade necessitam que suas atividades tenham sua efetividade em relação a melhoria da qualidade de vida comprovada, se possível em números.

***Os indicadores devem ser objetivos suficiente, que sejam capazes de indicar problemas e potencialidades e capaz de subsidiar sugestões para a implementação de políticas, que garantam uma ordem social mais eqüitativa de distribuição de riqueza.***

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASHTON, J. (ed) Ciudades sanas. Barcelona, Espanha, Masson S.A., 1993.pp
- BERLINGUER, G. O capital como fator patogênico pp. In: Berlinguer, G. Medicina e política, SP, Ed. CETESB - HUCITEC, 1983.
- BUSS, P.M. Saúde e qualidade de vida In: COSTA, N.R. & RIBEIRO, J.M. Política de Saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos noventa, Rio de Janeiro: Secretaria do Desenvolvimento Educacional/ ENSP, 1996. 196 p.
- BUSS, P.M. Promoção de Saúde e qualidade de vida *Ciência e Saúde Coletiva* 5(1): 163-179, 2000.
- COIMBRA, J.A.A. O relacionamento homem - natureza *Revista de Cultura Vozes*. 73(1): 43-75, R.J. Ed. Vozes, 1979.
- CONFERÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO: Relatório. Rio de Janeiro: Ministério das Relações Exteriores, 1992.
- CONFERÊNCIA PAN - AMERICANA SOBRE SAÚDE E AMBIENTE NO DESENVOLVIMENTO HUMANO SUSTENTÁVEL. (1995 - Washington) Plano nacional de saúde e ambiente no desenvolvimento sustentável: Brasília: Ministério da Saúde, 1995, 104p.
- CROCKER, D. Qualidade de vida e desenvolvimento: O enfoque normativo de Sen e Nussbaum. *Lua Nova* 31: 99 - 133, 1993.
- FOLHA DE SÃO PAULO Qualidade de vida: índice de desenvolvimento humano da Organização das nações Unidas - 11 de julho de 1999, pp. 1-14.
- GUIMARÃES, R.P. Agenda 21 e desenvolvimento sustentável: o desafio político da sustentabilidade. *Debates sócio - ambientais* 4(11): 10-13, nov./fev. 1998/1999.
- HERCULANO, S.C. A qualidade de vida e seus indicadores *Ambiente e sociedade* 1(2): 77 - 99, 1998.
- LEVCOVITZ, E. A prática de um modelo anunciado. *Cadernos de Saúde da Família* 1(1): 3 - 8, 1996.
- MENDES, E.V. Uma agenda para a saúde. São Paulo, Hucitec, 1992.
- MINAYO, M.C; HARTZ, Z. A; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde *Ciência e Saúde Coletiva* 5(1): 7 - 18, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) Estratégia Global de Saúde para todos no ano 2000, Genebra: OMS, 1981.

- PILON, A.F. Qualidade de vida e formas de relacionamento homem - mundo. Revista Brasileira de Saúde Escolar, 2(3/4): 117-25, 1992.
- PROMOÇÃO DA SAÚDE: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsväl e Santa Fé de Bogotá. Tradução Luís Eduardo Fonseca. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. (originais publicados pela Organização Mundial de Saúde).
- RUSSEL, A.J. What is health? People talking. The Journal (34): 43-7, 1995.
- SETIÉN, M.S Indicadores sociales de calidad de vida - un sistema de medición aplicado al país Vasco. Madrid, Siglo XXI: España Editores, 1993.
- SOUTO, A.L.S. e OUTROS. Como reconhecer um bom governo? O papel das administrações municipais na melhoria da qualidade de vida. São Paulo, Polis, 1995. 72p. (Publicação Polis, 21).
- STROZZI, J.B. & GIACOMINI, M. Município saudável. Divulgação Saúde em Debate, 16: 30 - 5, 1996.
- TONES, K. Health Promotion, empowerment and action competence. In: JENSEN, B.B. & SCHNACK, Action and action competence. Rev. Dan Sch. Educ. Studies: Studies in educational theory and curriculum 12: 163 - 183, 1994.
- UNCHS An urbanization World: Global Report on Human Settlements. Oxford: Oxford University Press, 1996.
- WESTPHAL, M.F. & ZIGLIO, E Políticas públicas e investimentos: a intersectorialidade, p 111-121. In: FUNDAÇÃO FARIA LIMA - CEPAM. O município no século XXI: Cenários e perspectivas. São Paulo, 1999.
- WESTPHAL, M.F. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Brasil 5(1):39-52, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION Creating Healthy Cities in the 21st Century. Background paper to the United Nations Conference on Human Settlements (WHO/EOS/96.9) Habitat II, Istanbul, Turkey 3-14 June. Geneva: WHO. 1996.

