

O modelo de atenção na perspectiva de saúde integral: a promoção de saúde e a estratégia de “municípios saudáveis”

Márcia Faria Westphal⁽¹⁾

1. Introdução

No começo da década de 70, em Toronto, no Canadá, surge o movimento denominado “Cidades Saudáveis” como uma das propostas estratégicas de trabalho em saúde, difundindo-se por várias cidades da Europa, que vêm tentando, através de novas formas de ação, criar melhores condições de vida para a população (STROZZI & GIACOMINI, 1996).

Diante da expressão “Cidades Saudáveis”, a população, os técnicos e a mídia têm tido múltiplas interpretações, desde considerações avaliativas sobre as condições do município em questão, para credenciá-lo como saudável, até outras que consideram-na como qualificação de um projeto, que pretende ser uma proposta de transformação das condições de vida e saúde em que o município se encontra. A nível internacional este termo vem sendo empregado para expressar uma filosofia de ação, baseada em uma concepção ampla de saúde que incorpora além dos aspectos biológicos que interferem no processo saúde-doença, os determinantes sociais, econômicos e ambientais, ou melhor, que ampliam o conceito de saúde para além da consideração simples de saúde como “ausência de doença”.

O então chamado movimento “Cidades Saudáveis” baseia-se em uma nova visão de Saúde que incorpora à idéia de “assistência”, de “cura”, o aspecto de Promoção da Saúde. Entende-se promoção de saúde como um processo através do qual a população se capacita e busca os meios para conseguir controlar os fatores que favorecem seu bem estar ou que podem estar pondo-a em risco, tornando-a vulnerável ao adoecimento e prejudicando sua qualidade de vida (PROMOÇÃO DE SAÚDE, 1996). Nesta visão, saúde deixa de ser um objetivo a ser alcançado, tornando-se um recurso para o desenvolvimento da vida (PILON, 1990, 1992).

Os pré-requisitos básicos para a saúde, deste ponto de vista são: **a paz** promovida através de políticas redistributivas, de apoio a família, de orientação da mídia e de segurança pública que farão a prevenção da violência; posse de uma **habitação**, atendendo à necessidade básica de abrigo, adequada em termos de dimensões por habitante, condições de conforto térmico, presença de sanitários, com ligações que permitam o destino adequado dos dejetos e outros; acesso a um sistema **educacional** atendendo à necessidade de informação, em condições que favoreçam a democratização da mesma, através de um processo ensino-aprendizado eficiente, em que ocorram poucas repetências e evasões; **disponibilização de alimentos** através de políticas de produção e distribuição que garantam a chegada à mesa da população dos nutrientes 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** para que as condições atmosféricas, ar e solo sejam saudáveis e não poluídas. Estes pré-requisitos precisam ser garantidos por políticas educacionais, agrícolas, ambientais, de transporte urbano voltadas para o objetivo

⁽¹⁾ Professora Titular do Departamento de Prática de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

amplo de saúde e qualidade de vida e orientado por valores de justiça e equidade (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1996, STROZZI & GIACOMINI, 1996).

A discriminação dos mesmos, nesta perspectiva ampliada da saúde não permite mais a restrição das ações relacionadas à resolução das questões da qualidade de vida ao setor saúde somente.

2. A Promoção de Saúde, a Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde

Quando nos remetemos à Reforma Sanitária Brasileira e à Oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que foi um marco decisivo deste processo, vemos que a reflexão brasileira sobre a concepção de Saúde e doença e a necessidade de estratégias mais amplas para dar conta das determinações sócio-econômicas da saúde, não foram isoladas do contexto internacional, mas fizeram parte de um processo maior, uma necessidade sentida de mudança de estratégia para atender aos objetivos de saúde da população mundial (WESTPHAL, 1992).

A Primeira Conferência Internacional de Promoção de Saúde, que ocorreu no Canadá, data de 1986, mesmo ano em que aconteceu nossa Oitava Conferência. Embora não existam muitos que façam a relação entre os dois eventos, não há como separar suas perspectivas. Ambos defendiam a necessidade de se equacionar os problemas de Saúde através de seus determinantes principais: as condições de vida e trabalho da população. Declararam, como princípio, a saúde como um direito e o passo seguinte foi a indicação de que este ficasse estabelecido como um preceito constitucional (WESTPHAL, 1992).

No Brasil, fomos até este ponto. A Constituição Federal Brasileira, de 1988, no Capítulo de Saúde, definiu Saúde e seus determinantes amplamente. Entretanto, os esforços iniciais de discussão de uma estratégia intersetorial para dar conta dela não foram muito longe. A discussão, que começou ampla e envolvendo vários ministérios, acabou restrita ao estabelecimento de um Sistema Único de Saúde e, nele, à prestação de Serviços de Saúde. Questões como a da poluição do ar, água e solo, passaram ao âmbito da Vigilância Sanitária das Secretarias de Saúde ou algum órgão de Saneamento Básico, encarregado da aplicação de multa a instituições ou empresas infratoras de normas. Muito poucas vezes a discussão deslocou-se para os setores educação, planejamento urbano, transporte e outros, ampliando o âmbito de ação da saúde no sentido da intersetorialidade e promoção de saúde, e nem em uma perspectiva mais preventivista.

3. A Saúde e o movimento “Cidades/ Municípios Saudáveis” no Brasil: motivos que vêm justificando o interesse pelo tema

Os países, na maioria do mundo desenvolvido, signatários da Carta de Otawa, vêm todos estes anos experimentando com sucesso estratégias mais amplas como esta que começaremos a descrever, a de “Municípios/Cidades Saudáveis”.

Esta estratégia, que muitas vezes começa pelo setor saúde, depende basicamente do envolvimento dos outros setores da sociedade, dos atores sociais de governos, das empresas, das organizações não governamentais, das famílias e dos indivíduos em particular, que passam a participar na consecução dos objetivos de saúde e qualidade de vida.

Vários países da América Latina e alguns de seus Municípios, nos últimos anos, têm se proposto a discutir e mesmo a por em prática esta proposta. Os motivos que temos encontrado para isto são vários e têm a ver com a situação política e econômica na qual nos encontramos.

Neste final de século, o cenário mundial se configura como um movimento dinâmico de globalização, com marcante urbanização das populações nacionais, estabelecendo novas fronteiras econômicas, sociais e geográficas, provocando o surgimento de conflitos culturais, religiosos e humanos, com reflexos para a conjuntura nacional. Observa-se ao mesmo tempo um fortalecimento do poder local, de valorização das diferenças culturais, entre outros aspectos, tornando este momento favorável para a discussão do acesso à vida com qualidade nas cidades.

As **mudanças demográficas** por que estamos passando, no mundo todo e especialmente os países de terceiro mundo, no qual se incluem os países da América Latina, faz mais urgente a necessidade de buscar uma nova estratégia para promover saúde, que dê conta da amplitude de seus determinantes. O Índice de Urbanização cresceu vertiginosamente nestes últimos cinquenta anos, isto é, depois da Segunda Guerra Mundial. O índice de urbanização no Brasil, que era de 26,35% na década de 50, em 1991 já estava em 77,13%. Mesmo a população agrícola vem se deslocando gradativamente para a área urbana, provocando um fenômeno interessante que é o aumento maior da população agrícola em relação à população rural, e as regiões metropolitanas, que eram três ou quatro, agora estão aumentando em número, contribuindo para o aumento da população urbana (SANTOS, 1995). Embora a cidade atraia pelas possibilidades que oferece às pessoas - culturais, educativas e de emprego -, também cria muitos problemas, especialmente quando a aglomeração de população cresce a tal ponto que os recursos tornam-se insuficientes para o atendimento das necessidades. As contradições urbanas se evidenciam, passando a agredir o contingente populacional com problemas como violência, poluição do ar, solo e água, que o processo de urbanização, por outro lado, acaba criando (NUNES, 1989).

O sedentarismo característico da vida dos indivíduos que vivem em uma sociedade tecnológica e industrial, a mudança do perfil demográfico referente ao aumento das faixas etárias de mais idade vêm provocando **mudança nos padrões de mortalidade**, fazendo com que convivam a mortalidade e morbidade por doenças infecciosas com as crônico-degenerativas. A busca de soluções ou a prevenção de novos fatores de risco tem direcionado a solução das doenças para questões do estilo de vida, chamando atenção para o componente psicossocial da questão saúde-doença, agregando-o como causalidade aos tradicionais componentes orgânicos (PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1996).

O **modelo econômico de desenvolvimento**, que apesar de eficiente em aumentar o PIB, por exemplo, tem sido bastante excludente, sendo responsável pelo aumento das desigualdades sociais. A **concepção de Estado Liberal mínimo**, que parece estar sendo o caminho de nossos governos, vem dissociando os Estados latino-americanos, esfacelados pela dívida externa, de suas obrigações sociais em relação à Saúde, Educação. O modelo de privatização do público já foi assumido por alguns países de nosso continente, nos colocando frente a frente com a necessidade de discutir as parcerias e a ética das mesmas (HABERMAS, 1984). O movimento “Municípios Saudáveis” acena para necessidade de ampliação dos parceiros envolvidos no diagnóstico e solução dos problemas, sem eximir o Estado de sua responsabilidade social.

Como ainda pouco tem sido feito para enfrentar os determinantes sócio-econômico, políticos e culturais das doenças e os investimentos em saúde têm sido prioritariamente feito em assistência, os **gastos em saúde não têm revertido em melhoria destas condições**. Várias pesquisas vêm sendo feitas no Canadá e Estados Unidos e têm comprovado isto. Canadá, que gasta menos com assistência que os Estados Unidos e investe mais com ações para a melhoria da qualidade de vida, tem tido melhores resultados em saúde que o seu vizinho.

4. Pressupostos para se considerar que um município faz parte do movimento por “cidades saudáveis” e a questão do modelo de atenção

Um município que se propõe ser saudável pressupõe um **compromisso** das autoridades com a qualidade de vida e com as políticas e medidas mais adequadas para isto. Para que sejam adotadas **políticas públicas saudáveis** é necessário o adequado **diagnóstico da situação**, o mais amplo possível, obtido com a visão dos técnicos, “reorientado” pelos conhecimentos empíricos da população (DRUMMOND, M.& STODDART, 1995; EAKIN, 1996, MACDONALD, TONES & VEEN, 1996).

A Cidade que resolver pertencer ao movimento de “Cidades Saudáveis”, seu Prefeito e seus vereadores, isto é, o poder executivo e legislativo deveriam legislar e **adotar políticas públicas** para resolver os problemas apontados por estes diagnósticos, **de forma integrada e intersetorial**, para que as medidas fossem interrelacionadas e efetivas. O apoio dos outros níveis de governo é também fundamental para que haja um reforço destas políticas e das medidas racionalmente definidas e para que não se assumam somente

medidas que tenham efeito imediato e eleitoreiro (OFFE, 1984).

Se o prefeito de qualquer cidade resolvesse se inserir no movimento “Municípios Saudáveis”, deveria ainda se dispor a mudar gradativamente sua forma de administrar, porque esta proposta nada mais é do que uma nova forma de gestão municipal. Pressupõe a existência de um plano de governo baseado na resolução de problemas identificados, com base em indicadores de qualidade de vida. A proposta, o compromisso, é com as metas de um “Planejamento Estratégico”, estabelecido com as instituições representantes da sociedade como um todo, todas as classes sociais, todos os setores da sociedade, portanto, mas todos os setores de governo em conjunto. O planejamento e gestão intersetorial, intersistêmicos, é outro pressuposto fundamental, difícil de ser viabilizado, mas possível dentro de uma perspectiva processual e gradativa.

Tudo isto não faz sentido sem a **participação da população**, através de seus grupos organizados, e da sociedade civil como um todo que são os que vivem e sentem os problemas no seu dia-a-dia de trabalho e de convivência nas comunidades em que vivem. Muitas vezes as soluções racionalmente pensadas não são adequadas à realidade da população. Se a discussão for aberta, as soluções serão mais reais e efetivas. A proposta de “Municípios Saudáveis” recomenda a participação da população em Conselhos Municipais, distritais e locais que possibilitem a incorporação das suas informações e necessidades aos diagnósticos racionais, que permitam o fortalecimento do poder popular e a sua participação nas decisões, construindo junto com os técnicos uma sociedade mais justa e igualitária. Nestes, os conselhos de saúde, as sociedades amigos de bairros, as organizações não governamentais, os sindicatos de trabalhadores, as associações setoriais poderão dar uma grande contribuição aos técnicos que poderão apreender o conhecimento empírico destes grupos, ao mesmo tempo que a população poderá compartilhar os avanços do conhecimento científico, visualizando aspectos técnicos dos problemas em questão (TONES, 1994).

O último aspecto da estratégia é a **reorientação dos serviços de saúde** para dar conta desta visão ampla de saúde. Este é um problema sério e complexo que interfere na definição do modelo de atenção.

Um modelo de Atenção à Saúde baseado em uma visão ampla de Saúde e voltado para a Promoção da Saúde, ao mesmo tempo que para a prevenção e cura, tal como indicam os princípios da Reforma Sanitária Brasileira, orientam para que o Sistema e o próprio modelo de Atenção à Saúde não sejam somente assistencialista e curativo.

Chama atenção dos responsáveis pela definição do modelo, que a assistência à saúde tem que dar conta da prevenção e vigilância e ampliar o setor saúde para a convivência e trabalho conjunto com os outros setores sociais, que devem levar em consideração em seus processos de tomada de decisão, a promoção da saúde, como um critério.

As Regionais, os Distritos de Saúde e as unidades básicas de saúde devem assumir uma nova referência para trabalhar com a população de sua área de responsabilidade em termos de saúde coletiva. Esta nova referência deve ser o território considerando que as populações não se distribuem ao acaso nas unidades territoriais - formam conglomerados humanos que compartilham características relativamente similares de natureza cultural e sócio-econômica. As populações de características semelhantes apropriam-se coletivamente de certos territórios, que tornam-se nichos de características comuns e neles estabelecem relações solidárias, especialmente indivíduos e famílias com a mesma identidade.

Essa realidade gera problemas, ameaças e oportunidades. Assim, os problemas de saúde e as condições de risco à saúde devem ser identificados num certo território geográfico ou áreas de abrangência das unidades de Saúde; os diferenciais intraurbanos devem ser detectados, para que as iniquidades em saúde possam ser atendidas e gradativamente eliminadas.

5. “Cidades saudáveis “estratégia de longo prazo, porém efetiva

Outro aspecto que as avaliações têm demonstrado é que “Município Saudável” é uma estratégia a longo prazo, mas que se iniciada, é efetiva. A racionalização dos recursos e a escolha adequada das medidas com o trabalho intersetorial tem muito maior probabilidade de acontecer. A experiência canadense, européia, de alguns países da América Latina e agora em algumas cidades do Paraná e estado de São Paulo tem demonstrado

que a proposta de Municípios Saudáveis é viável, eficiente, mas que só é viável politicamente com dirigentes estatais comprometidos com a causa social, com a qualidade de vida da população (STROZZI & GIACOMINI, 1996).

Muitos problemas relacionados ao desemprego, trabalho infantil, reorganização da produção agrícola, à poluição do ar, recuperação do meio ambiente, transporte urbano vêm ameaçando a saúde das populações urbanas brasileiras e têm sido objeto de ações na perspectiva de “Municípios Saudáveis” e têm tido resultados relevantes para a qualidade de vida.

Para metrópoles como São Paulo, programas com ações de “larga escala” e de desenvolvimento local são necessários. A cidade de Tóquio, no Japão, que está longe de ser saudável, já está se preparando para enfrentar os problemas do terceiro milênio com armas mais eficientes. A estratégia de “Municípios Saudáveis” já está em curso na região metropolitana da capital daquele país. A questão da poluição ainda não está resolvida, nem mesmo a do transporte coletivo, mas o processo já está iniciado e os problemas aos poucos se resolvendo, com a participação da sociedade civil (SANDERSON, 1996).

Esperamos ter apresentado uma nova perspectiva, um novo olhar, uma nova alternativa de gestão que possa ser incorporada aos existentes dentro do setor saúde para a resolução dos problemas das populações que vivem em nossos municípios. A busca da racionalização de recursos através da abordagem de projetos a partir de uma perspectiva intersetorial, envolvendo diferentes órgãos de governo e setores da sociedade local, é um caminho buscado por alguns administradores mais ousados e comprometidos com o desenvolvimento integral e sustentado e com isso com a melhoria da qualidade de vida e saúde.

A Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo criou uma Oficina Permanente de Estudos e Programas sobre Cidades/Municípios Saudáveis, em 1998, que vem agregando os estudiosos e políticos interessados na proposta de Cidades/ Municípios Saudáveis. Tem promovido eventos, tomado a iniciativa de desenvolver pesquisas para identificar o estado da arte desta proposta no Brasil e agora criou um Centro de Estudos, Pesquisas e Documentação (técnico científica) que está organizando toda documentação técnico-científica produzida nas Américas sobre o tema. Este Centro está associado ao Sistema de Informações de Saúde e à Biblioteca Virtual da BIREME, que tem a possibilidade de disponibilizar para todos os municípios do país as informações que precisam para iniciar um projeto Cidades/Municípios saudáveis. Tem ainda a possibilidade de indicar técnicos capazes de assessorar os municípios que desejarem maiores informações sobre esta nova prática.

**CENTRO DE EDUCAÇÃO, PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO DE
CIDADES/MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS
CEPEDOC**

O CEPEDOC é uma iniciativa que tem entre seus principais objetivos:

- promover estudos e pesquisas sobre o tema de Municípios / Cidades Saudáveis
- fornecer à comunidade informações, produtos e serviços relacionados ao tema
- levantar, organizar e divulgar documentação bibliográfica
- publicar e divulgar trabalhos nacionais e internacionais
- promover atividades de intercâmbio técnico e científico, contribuindo para a formação e para o aperfeiçoamento de pessoal ligado a questão de Cidades/ Municípios Saudáveis
- colaborar com entidades nacionais, estrangeiras e internacionais, no ensino, pesquisa e prestação de serviço à comunidade acerca do tema

Os objetivos do CEPEDOC serão atingidos através de atividades que incluem:

- a confecção de uma agenda de eventos e reuniões técnico-científicas acerca do tema das Cidades e Municípios Saudáveis
- o estabelecimento de uma rede eletrônica de intercâmbio de informações relativas ao tema das Cidades e Municípios Saudáveis
- a manutenção de acervo de publicações relativas ao tema por meio impresso e/ou magnético
- a prestação de serviços de consultoria, assessoria, desenvolvimento de projetos e programas e assemelhados vinculados ao tema Municípios / Cidades Saudáveis

Sugestões e contribuições escreva ou ligue para:

CEPEDOC –

Av.: Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246 - São Paulo – Brasil

Fone/Fax: (11) 853.4760

e-mail: saudavel@fsp.usp.br

Referências Bibliográficas

1. DRUMMOND, M & STODDART, G. Assesment of health producing measures across different sectors **Health Policy**, **33**: 219 - 31, 1995.
2. EAKIN, J. et al. Toward a critical social science perspective on health promotion research **Health Prom. Int.** **11**(2): 157 - 65, 1996.
3. HABERMAS, J. **Mudanças estruturais na esfera pública**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984. cap. 1, p. 42-74 e cap.2, p.75-109.
4. MACDONALD, G., TONES, K. & VEEN, C. Evidence for sucess in health promotion: suggestions for improvement. **Health Educ. Res.** **11**: 367 - 376, 1996.
5. NUNES, E. Carências urbanas, reivindicações sociais e valores democráticos **Lua Nova** (17): 67-92, 1989.
6. OFFE, C. Dominação de classe e sistema político sobre seletividade das instituições políticas In: OFFE, C. **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro, 1984. p: 140 - 77.
7. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - Promocion de la salud: una ontologia Washington, D.C.: 1996.
8. PILON, A.F. Health for all by the year 2.000: cultural handicaps and possible solutions. **Int'l Q. of Community Health Educ.** , **11**(1):79-83, 1990/91.
9. PILON, A.F. Qualidade de vida e formas de relacionamento homem-mundo. **Rev. Bras. Saúde Esc.**, **2**(3/4):117-125, 1992.
10. PROMOÇÃO DA SAÚDE: Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Sundsväl e Santa Fé de Bogotá Tradução: Luis Eduardo Fonseca. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
11. SANDERSON, C et AL - Effect and stage models in community intervention programmes; and the development of the model for management of intervention Programme preparation **Health Prom. Int.** **11**(2):143 - 55, 1996.
12. SANTOS, M. A **urbanização brasileira** 3a ed. São Paulo. Hucitec, 1995.
13. STROZZI, J.B. & GIACOMINI, M. Município saudável **Divulgação Saúde em Debate** **16**: 30-35, Dez.1996.
14. TONES, K. Health Promotion, Empowerment and action competence In: JENSEN, B. B. & SCHNACK, K. Action and action competence **Educ. Theory and Curriculum**, **12**,:163 - 83, 1994.
15. WESTPHAL, M.F. Participação popular e políticas municipais de saúde: o caso de Cotia e Vargem Grande Paulista. São Paulo, 1992 [tese de Livre Docência Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].