



*Paulo Marchiori Buss
Professor Titular da Escola
Nacional de Saúde Pública
Presidente da Fundação
Oswaldo Cruz*



Promoção da Saúde da Família

Introdução

Promover a saúde é algo distinto de prevenir as doenças e de tratá-las. A clássica divisão entre as três principais estratégias para intervir no processo saúde-doença inclui a promoção da saúde, a prevenção das doenças, acidentes e violências e seus fatores de risco, e o tratamento/reabilitação das mesmas. As ações derivadas de cada uma destas estratégias estão com grande frequência imbricadas, pois são campos complementares no esforço integrado de melhorar a saúde da população. Entretanto, para dar maior efetividade às ações de ambos os campos de intervenção é útil realizar o esforço de distingui-las.

É reconhecido em todas as sociedades e pelos estudiosos em todo o mundo que a saúde não é uma conquista, nem uma responsabilidade exclusiva do setor saúde. Ela é o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, que se combinam de forma particular em cada sociedade em conjunturas específicas, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis.

Na maior parte do tempo de suas vidas, a maioria das pessoas é saudável, não necessitando portanto de hospitais, CTIs ou complexos procedimentos médicos, diag-

nósticos ou terapêuticos. Na realidade, durante a vida, para permanecerem saudáveis, as pessoas necessitam de situações social, econômica e cultural favoráveis, ambiente saudável, alimentação adequada, prevenção de problemas específicos de saúde e informação.

Foi percebendo esta realidade e analisando os problemas, necessidades e infra-estruturas de saúde de diversos países que se revelou a grave crise institucional ocasionada pela baixa capacidade da atenção médica curativa em manejar eficazmente a enorme carga representada pelos problemas sanitários do subdesenvolvimento e as doenças crônico-degenerativas.

Era necessário estruturar um sistema de serviços de saúde com ênfase na equidade e na atenção integral, com o reforço do nível básico de atenção e a ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças e acidentes, assim como de seus fatores de risco. A Conferência de Alma Ata, em 1978, consagrou a atenção primária como a principal estratégia de saúde pública para enfrentar os problemas de saúde dos países subdesenvolvidos. Apesar disso, a medicina ocidental tradicional, com sua ênfase quase exclusiva nos fenômenos biológicos, continuou sendo o modelo de atenção predominante.

Entretanto, as iniciativas de pesquisadores, ativistas da saúde,

lideranças comunitárias etc. não cessou em nível mundial e também em muitos países. Assim é que no Brasil, por exemplo, pouco a pouco estruturou-se o que se convencionou chamar de movimento da reforma sanitária, cuja ação em diversas esferas da sociedade acabou por redundar na incorporação de uma série de princípios à própria Constituição Federal de 1988: determinantes da saúde; equidade, universalidade e integralidade; regionalização e hierarquização de redes etc.

Ao longo do tempo, autoridades do setor saúde, profissionais da área e usuários do sistema de saúde do país ampliam sua percepção de que o modelo de atenção à saúde em vigor, centrado na assistência individual e curativa e, mais do que isto, com ênfase absoluta no atendimento hospitalar, não resolve os problemas de saúde, nem satisfaz a clientela. Na busca de alternativas, o Sistema Único de Saúde (SUS) do país vem realizando, desde 1992, um grande esforço para ampliar a cobertura da população com serviços de saúde de qualidade através da Saúde da Família (Ministério da Saúde, 2001b), numa festejada trajetória de quase 10 anos.

Neste artigo pretendo contribuir para o entendimento das relações entre promoção da saúde e saúde da família, discutindo conceito e práticas da promoção

A vida cotidiana de indivíduos e populações é o espaço onde se manifestam as articulações entre os processos biológicos e sociais que determinam a situação de saúde.

da saúde e questionando sua inserção nesta inovadora estratégia de política pública no campo da saúde no país, que é a saúde da família.

Modos de vida, condições de vida e estilos de vida

A saúde e a doença são processos inerentes à vida e são condicionados pelos modos de vida, condições de vida e estilos de vida (Castellanos, 1998).

Cada sociedade, em cada momento histórico, tem um *modo de vida* correspondente. Este é expressão das características do meio natural, do grau de desenvolvimento de suas forças produtivas, de sua organização econômica e política, de sua forma de relacionar-se com o meio ambiente, de sua cultura, de sua história e de outros processos gerais que configuram sua identidade como formação social. Todos estes processos gerais se expressam no espaço da vida cotidiana das populações, no que se denomina *modo de vida* da sociedade.

A *situação de saúde da população de cada sociedade*, em geral, está estreitamente relacionada com seu modo de vida e com os processos que o reproduzem e transformam.

O modo de vida de uma sociedade é uma unidade composta pelas diversas *condições de vida* dos diferentes setores da população que a compõem – que expressa sua forma particular de inserção no funcionamento geral da sociedade – e pelas relações que se estabelecem entre eles. A *situação de saúde de cada grupo de população*, em particular, articula-se estreitamente com suas condições de vida e com os processos que as reproduzem ou transformam.

Por sua vez, cada indivíduo ou pequeno grupo, como por exemplo a família, apresenta um *estilo de vida* singular, relacionado com suas próprias características biológicas, a habitação e seu entorno, o local de trabalho e seu entorno, seus hábitos, normas e valores, assim como seu nível educacional e de consciência e sua participação na produção e distribuição de bens e serviços. A *situação individual de saúde* está relacionada também com este estilo de vida singular e com os processos que o produzem e transformam.

Em síntese, quando analisamos a situação de saúde de um determinado grupo de população em um dado momento, estão presentes os efeitos de múltiplos processos determinantes e condicionantes que expressam processos mais gerais do *modo de vida* da sociedade como um todo, processos mais particulares inerentes às *condições de vida* do grupo em questão e suas interações com outros grupos e, por último, processos mais singulares, inerentes ao *estilo de vida* pessoal ou de pequenos grupos aos quais pertence tal indivíduo.

Nesta perspectiva, a situação de saúde está estreitamente vinculada com a vida cotidiana de indivíduos e populações. A vida cotidiana é o espaço onde se manifestam as articulações entre os processos biológicos e sociais que determinam a situação de saúde; é também, portanto, o espaço privilegiado de intervenção da saúde pública (Castellanos, 1998).

Assim, a saúde pública, na sua atuação ideal, deve procurar identificar estes processos e organizar formas mais eficazes e eficientes de atuar sobre os determinantes e condicionantes da situação de saúde, de forma a melhorar a saúde e a

qualidade de vida dos indivíduos e da população como um todo. Para isto tem instrumentos como a epidemiologia e a organização do sistema e dos serviços de saúde, utilizando ações articuladas de promoção da saúde e de prevenção e tratamento das enfermidades e agravos à saúde, assim como a necessária articulação de outros setores sociais e governamentais.

Castellanos (1998) propõe um diagrama que sintetiza as relações entre os processos determinantes da saúde e os níveis e tipos de intervenção em saúde pública.

Promoção da saúde

Desde que surgiu como importante alternativa teórica e prática para o enfrentamento global da ampla gama de problemas que afetam a saúde das populações humanas, a promoção da saúde tem sido implementada em diversos contextos, com distintas concepções e propostas de intervenção mais ou menos abrangentes.

As diversas conceituações disponíveis, assim como a prática da promoção da saúde, podem ser reunidas em dois grandes grupos (Sutherland & Fulton, 1992).

No primeiro, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas centralmente 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 serem mudados, que se encontrariam, pelo menos em parte, sob



o controle dos próprios indivíduos. Por exemplo, a higiene pessoal, a alimentação, os hábitos de fumar e beber, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito, o comportamento sexual etc. Nesta abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora da possibilidade do controle e da ação imediata dos indivíduos.

O que, entretanto, vem caracterizar a promoção da saúde, modernamente, é a constatação do papel protagônico dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, em torno da qual se reúnem os conceitos e práticas do segundo tipo de enfoque. Sustenta-se ele na constatação de 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, de habitação e saneamento, condições adequadas de trabalho e renda, 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.

Neste caso, as atividades de promoção estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico (natural e construído), social, político, econômico e cultural, o que só seria possível através de políticas públicas inter-setoriais e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde, assim como do reforço da capacidade de ação dos indivíduos e das comunidades (*empowerment*) em prol da sua saúde.

Assim, as atividades de promoção da saúde dirigidas aos indivíduos e famílias pretendem exercer

influência sobre os componentes comportamentais e culturais e os hábitos presentes no *estilo de vida* que sejam sabidamente nocivos, assim como estimular aqueles que reconhecidamente contribuem para a manutenção da saúde.

Entretanto, por mais abrangentes que sejam tais ações, os focos sobre os indivíduos e as famílias, embora muito necessários, são insuficientes para que de fato se promova a saúde. Para que isto ocorra é preciso que se identifique e atue sobre os determinantes sócio-culturais e econômicos mais amplos que influenciam o processo saúde-doença, isto é, sobre as *condições de vida*, enfrentando os componentes nocivos e estimulando os que sabidamente fomentam a saúde. Isto implica que para se promover saúde não basta apenas a mobilização do setor saúde e da atuação de seus profissionais, senão que, de forma articulada, são necessárias políticas e ações inter-setoriais, com a mobilização da sociedade e de outros segmentos do poder público.

A identificação dos estilos e das condições de vida, no entanto, não é uma atividade exclusivamente técnica. Ainda que se deva lançar mão de métodos e ferramentas técnicas para identificar os fatores positivos e negativos envolvidos no processo, assim como as alternativas de intervenção, o engajamento da população organizada – com sua capacidade de compromisso e percepção da realidade – é elemento fundamental para a realização do diagnóstico e o estabelecimento de um plano de ação para a promoção da saúde, que mobilize as organizações do Estado e a sociedade como um todo.

Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença

e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução (Buss, 2000a).

O conceito moderno de promoção da saúde, assim como sua prática, surgem e se desenvolvem, de forma mais vigorosa nos últimos 20 anos, nos países em desenvolvimento, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental.

Três importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas entre 1986 e 1991, em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsvall (1991), estabeleceram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde. As Conferências seguintes realizaram-se em Jakarta (1997) e na Cidade do México (2000). Na América Latina realizou-se em 1992 a Conferência Internacional de Promoção da Saúde. As cartas e declarações finais destes grandes eventos, que são marcos fundamentais da promoção da saúde, foram reunidos em uma única publicação pelo Ministério da Saúde (2001a), em edição bilíngue português-ínglês, extremamente útil para todos aqueles que desejam aprofundar-se nesta discussão.

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”. Observe-se a ligação estabelecida entre saúde e qualidade de vida e a ênfase na capacitação e ação da comunidade sobre o processo que liga estas duas condições.

Decorrente deste entendimento, o mesmo documento es-

O conceito moderno de promoção da saúde, assim como sua prática, surgem e se desenvolvem, de forma mais vigorosa nos últimos 20 anos, nos países em desenvolvimento.



tabelece que as condições e os recursos fundamentais para a saúde são abrangentes: paz, habitação, educação, alimentação, renda, eco-sistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade; afirmando que o incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos.

Destacando, na promoção da saúde, seus papéis de defesa da causa da saúde, de capacitação individual e social para a saúde e de mediação entre os diversos setores envolvidos, a Carta de Ottawa preconiza também cinco campos de ação para a promoção da saúde: 1) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; 2) Criação de ambientes favoráveis à saúde; 3) Reforço da ação comunitária; 4) Desenvolvimento de habilidades pessoais; e 5) Reorientação do sistema de saúde.

No transcorrer deste artigo vamos comentar estas cinco estratégias, que estão mais amplamente analisadas em Buss (1998; 2000a), textos que também reúnem uma apreciação detalhada sobre cada uma das Conferências acima referidas.

Promoção da saúde da família: a dimensão dos estilos de vida

O espaço da família é fundamental para a implementação das ações de promoção da saúde no seu componente estilo de vida. De fato, é na família que se constituem muitos dos comportamentos e hábitos de vida favoráveis ou nocivos para a saúde. Padrão alimentar, higiene pessoal, uso de tabaco e álcool, hábito do exercício físico, comportamento sexual, padrão nas relações inter-pessoais, enfrentamento de situações

estressantes, entre outras, são algumas das condutas geralmente construídas no núcleo familiar inicial e levadas para quase toda a vida, reproduzindo-se muitas vezes de forma inalterada em sucessivas gerações.

Segundo Levinger, 1996 (*apud* Ungerer, 1998), a capacidade humana de se desenvolver e sua capacidade de alcançar uma vida melhor é fortemente marcada em três períodos do ciclo da vida. O primeiro inicia no nascimento e termina aos 5 anos de idade ou no início da idade escolar. O segundo é definido pelos anos em que o indivíduo recebe educação básica – que incluiria a idade escolar propriamente dita e a adolescência – e o último período é a fase adulta, na qual o indivíduo insere-se em atividades economicamente produtivas. Deve-se acrescentar a estes um outro período, a terceira idade, porque esta fase da vida possui características e demandas próprias, bem como porque se trata de um grupo etário em constante crescimento nas últimas décadas em todo o mundo.

A promoção da saúde tem no “desenvolvimento das habilidades pessoais” um dos seus cinco campos de ação principais. Segundo a Carta de Ottawa, “é essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-se para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas”.

O desenvolvimento de habilidades pessoais depende fundamentalmente de educação, informação e comunicação para a saúde. As ações de educação para a saúde, componente fundamental da promoção da saúde, tem já uma longa e fecunda história em

nosso país, com pioneiros (apenas para citar alguns) como Hortênsia de Hollanda (Schall, 1999) e Joaquim Alberto Cardoso de Melo. Recentemente a revista *Cadernos de Saúde Pública* (1999) da ENSP/FIOCRUZ publicou um suplemento especial sobre educação em saúde.

Muito do se tem discutido sobre os melhores enfoques e práticas de educação para a saúde (*Cadernos de Saúde Pública*, 1999), no seu componente singular, no interior dos serviços de saúde ou na comunidade, seja através do aconselhamento, seja nas atividades de grupo ou outras práticas, como o uso de diversas mídias etc. O aconselhamento adequado (veja quadro abaixo) quanto a um conjunto sensível de comportamentos individuais é um dos principais recursos para a promoção da saúde. Inúmeros temas são propícios ao aconselhamento: hábitos alimentares; uso de tabaco, álcool e outras drogas; higiene pessoal; comportamento sexual; comportamento no trânsito; atividade física etc. Uma excelente bibliografia sobre o tema encontra-se em Insel e colaboradores (1998).

Aconselhamento

- Culturalmente apropriado: informação atual e serviços de forma e estilo sensíveis a cultura, valores e tradições dos indivíduos e grupos sociais usuários.
- Conteúdo e forma compatíveis com a idade e a capacidade de compreensão do usuário (lembrar das condições de vida e da escolaridade da maioria dos clientes do PSF e dos Centros de Saúde).
- Uso de uma variedade de recursos para reforçar os comporta-



Os comportamentos e hábitos de vida dependem de condições objetivas de oferta, demanda, consumo, modismos etc. e não exclusivamente de uma escolha das pessoas.

mentos saudáveis: folhetos, cartazes, vídeos e outros materiais.

- Uso de formas menos convencionais: grupos, teatro, bonecos, dramatizações etc.
- Uso de entrevistas ou questionários curtos durante a história clínica ou em pequenos grupos para avaliar a necessidade dos indivíduos e grupos quanto ao aconselhamento.

Obviamente, o padrão comportamental e os hábitos de vida de um indivíduo ou de uma família não são produtos isolados do meio em que se encontram; nem são uma escolha livre e descontextualizada. Não façamos idealizações; na realidade, os comportamentos e hábitos de vida dependem de condições objetivas de oferta, demanda, consumo, modismos etc. e não exclusivamente de uma escolha pura e simples das pessoas.

Exemplifiquemos com as dietas alimentares. Existe grande consenso entre especialistas quanto às "pirâmides alimentares" mais adequadas, com as frutas e proteínas de melhor valor biológico ocupando o topo da pirâmide quanto a quantidade e qualidade. Entretanto, são estes os produtos mais caros no mercado dos alimentos. Assim, são as escolhas efetivamente livres e dependentes apenas de informação adequada? Ou estão profundamente relacionadas com as possibilidades de acesso que, por sua vez, dependem da renda familiar e pessoal, entre outras condições?

Ou, ainda, com a educação para o trânsito. Por mais cuidados que tomem crianças ou adultos, a ocorrência de acidentes depende muito do estado dos automóveis, das ruas e das estradas, da sinalização etc., assim

como das medidas punitivas, capazes de inibir a direção perigosa e irresponsável. Estas são medidas que dependem da Prefeitura (no caso da sinalização e estado das ruas e calçadas, p.ex.), do sistema de DETRANs e da Justiça, isto é, de órgãos públicos.

Poderíamos citar ainda inúmeros exemplos que mostram que as ações de educação para a adoção de estilos de vida mais saudáveis são importantes, mas estão condicionadas por outras ações do poder público e/ou resultantes da mobilização da sociedade.

Obviamente, isto não invalida, senão que reforça a importância das ações educativas dirigidas aos indivíduos, família e comunidade em programas como o da Saúde da Família.

No caso do Programa de Saúde da Família (MS, 2001b) está bem estabelecida a proposta de realização do diagnóstico da situação de saúde de forma compartilhada entre profissionais do próprio programa e a comunidade. Seja a situação da saúde da família e dos indivíduos, seja dos principais determinantes extra-familiares ou, mesmo, externos ao setor saúde.

É preciso alertar que os indicadores de saúde tradicionais não dão conta da complexidade da situação. A percepção que tem a comunidade sobre o que é saúde e o que é saudável ou favorável à saúde importa muito para a definição dos programas/ações educativas.

É necessário que preparemos os membros das equipes da saúde da família para as ações de promoção da saúde na sua dimensão individual/familiar referente aos estilos de vida e padrões comportamentais. Certamente se demanda-

rá um esforço importante das direções do programa em todos os níveis e também dos pólos de capacitação para de fato introduzir atividades eficazes de informação, educação e comunicação no cotidiano das equipes, incluindo protocolos próprios e ações de capacitação e treinamento.

O Ministério da Saúde empreendeu, nos últimos anos, inúmeros esforços quanto à promoção da saúde, que foram implementados por diversas instâncias, não necessariamente reunidos num único programa ou divisão, o que é muito bom, e que procurou também mobilizar a sociedade civil e outros setores governamentais.

Podemos exemplificar com iniciativas como o Agita Brasil, que visa reduzir o sedentarismo tão nocivo em qualquer faixa etária; o incentivo ao aleitamento materno (www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/scricao/aleitamento); promoção da alimentação saudável; combate aos fatores sociais dos acidentes e violência e da violência contra a mulher, entre outros. A maioria destes programas e experiências estão descritos no núm. 5 da revista Promoção da Saúde (2001), editada pelo Ministério da Saúde.

O fomento da atividade física é uma das ações mais importantes de promoção da saúde no nível individual. Esta importância pode ser aquilatada pela decretação, pela OMS, da promoção da atividade física como tema do Dia Mundial da Saúde de 2002. Entretanto, estudos recentes mostraram que quase 70% dos brasileiros poderiam ser categorizados como sedentários, mesmo na infância e adolescência.

Sabe-se da evidente relação positiva existente entre a ativida-

de física e a redução da mortalidade. Da mesma forma, os estudos sugerem um efeito positivo nos riscos de enfermidades cardiovasculares, perfil dos lipídios plasmáticos, manutenção da densidade óssea, redução das dores lombares e melhores perspectivas no controle das enfermidades respiratórias crônicas. Foram relatados, ainda, efeitos benéficos no tratamento primário ou complementar da arteriosclerose, da enfermidade venosa periférica, da osteoporose, assim como benefícios psicológicos a curto prazo (diminuição da ansiedade e do estresse) e a longo prazo (melhoria de quadros depressivos, do estado de humor e da auto-estima).

Os especialistas indicam que se deve acumular pelo menos 30 minutos de atividade física por dia, de forma contínua ou cumulativa, e que as atividades físicas podem ser realizadas nas atividades domésticas, no transporte (ao trabalho ou à escola) e no lazer. A atividade física em grupo é um dos maiores fatores de estímulo para a aquisição deste hábito e pode ser facilmente fomentado no âmbito das ações do PSF.

Em todas as etapas do ciclo de vida cabem inúmeras ações de promoção da saúde voltadas para os indivíduos ou para a coletividade. Uma revisão interessante sobre o tema pode ser encontrada em Ungerer (1998). Vale a pena destacar a especial importância das ações de promoção da saúde na infância e na adolescência, no âmbito das famílias e do PSF. Em artigo recente (Buss, 2001) tratamos deste tema e nele destacamos algumas iniciativas importantes que passamos a abordar.

O aleitamento materno é, em todo o mundo, uma das maiores

iniciativas de promoção da saúde. No Brasil, além das atividades de incentivo ao aleitamento levadas a cabo nas Unidades de Saúde e no Programa de Saúde da Família (www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/scrianca/aleitamento), buscou-se inovar através do projeto "Carteiro Amigo", uma parceira do Ministério da Saúde com os Correios. Segundo o MS (2002), já foram alcançadas com este projeto cerca de 550 mil crianças e gestantes na Região Nordeste, e outras 440 mil no Norte e Centro-Oeste. Já o Hospital Amigo da Criança, programa idealizado em 1990 pela OMS e UNICEF, incentiva a amamentação desde o nascimento; no Brasil, existem 193 hospitais credenciados, em 22 Estados.

Implantado desde 1998, o programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/carencias) tem como público-alvo, além dos idosos, as gestantes em risco nutricional, as crianças de 6 a 23 meses com desnutrição proteico-calórica, e as crianças de 2 a 5 anos com deficiência de ferro e/ou de vitamina A. Segundo o MS (2002), o programa está operando em 5.128 municípios e beneficiando mais de 800 mil crianças e gestantes com a distribuição de leite integral ou outros produtos. Nos municípios nordestinos em que está implantado o ICCN, observou-se uma queda de 13.6% na desnutrição entre junho de 1999 e abril de 2000, contra uma média histórica de redução na região em torno de 5% ao ano.

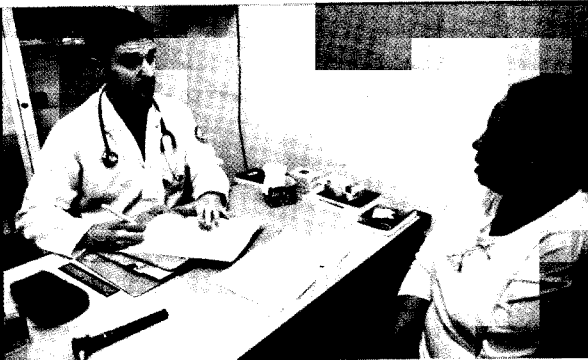
Mais recentemente, logrou-se um extraordinário avanço nesta área, com a introdução do Programa Bolsa-Alimentação,

(www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/carencias/bolsa_alimentacao/index.html) dirigido à gestantes, nutrízes e crianças de 6 meses a 6 anos e 11 meses de idade, em risco nutricional, pertencentes a famílias sem renda ou que possuam renda mensal de até R\$ 90,00 per capita, mediante a complementação da renda familiar para a melhoria da alimentação e o fomento à realização de ações básicas de saúde com enfoque predominantemente preventivo.

Uma vez cadastrada no Programa, a família se compromete a realizar uma agenda de compromissos em saúde, que consiste em ações básicas como pré-natal, vacinação, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, além da participação em atividades educativas em saúde e nutrição. A família receberá o benefício em parcelas mensais por um período de seis meses. Este período poderá ser renovado mediante avaliação do cumprimento da agenda de compromissos e manutenção dos critérios sócio-econômicos de elegibilidade.

No Brasil, uma amplo programa de controle do tabagismo (www.saude.gov.br/paredefumar) vem sendo implementado pelo Ministério da Saúde desde 1997, sob a liderança do Instituto Nacional do Câncer (INCa), que estima ter alcançado de 1996 a 2000 cerca de 3 mil escolas, 43 mil professores e 900 mil adolescentes. No final do ano 2000 iniciou-se o Programa Agentes Jovens de Desenvolvimento Social e Humano, visando criar multiplicadores de promoção da saúde dos adolescentes na comunidade (MS, 2002).

Recentemente o Ministério da Saúde lançou o Plano de Reorga-



nização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes, que associa atividades de promoção da saúde e de prevenção, visando o diagnóstico precoce, a promoção de hábitos saudáveis e o tratamento e acompanhamento dos doentes identificados (Duarte, 2002).

No primeiro momento, um amplo estudo nacional de diagnóstico precoce (*screening*) em maiores de 40 anos de idade identificou cerca de 3 milhões de suspeitos de diabete (15% da amostra de 21 milhões examinada), cerca de 40% de hipertensos e mais de 1 milhão de portadores das duas condições, o que evidentemente é mais grave. Houve intensa participação do Programa de Saúde da Família em todas as fases. O desafio mais importante que fica é o trabalho permanente que deverá ser feito para a mudança dos hábitos de vida, visando o combate ao tabagismo, evitar o consumo abusivo de álcool, sal e gorduras saturadas e o estímulo a prática da atividade física.

Mais recentemente, numa verdadeira ação inter-setorial, algumas escolas, a indústria (através do SESI) e o Ministério da Justiça passaram a atuar no referido programa, alcançando, com as ações educativas propostas e o diagnóstico precoce, estudantes e seus familiares, trabalhadores industriais e detentos do sistema penitenciário.

Agora entra em discussão a introdução mais efetiva no país do Projeto CARMEN (Conjunto de Ações Integradas para Redução Multifatorial de Enfermidades Não-Transmissíveis), iniciativa da OPS no plano continental e que tem seus correspondentes na Europa (CINDI) e África (NANDI). O conceito é que a maioria das do-

enças não-transmissíveis (doenças cardio e cérebro-vasculares e certos tipos de câncer muito frequentes) tem fatores de risco comuns que devem ser combatidos em bloco, numa estratégia conjunta que inclui ações simultâneas de promoção e prevenção.

Estes fatores são: tabagismo, sedentarismo, dieta inadequada (principalmente o consumo excessivo de gorduras saturadas e sal e o baixo consumo de fibras), obesidade, hipertensão, diabetes e hiper-colesterolemia. Quando enfrentados adequadamente e em bloco, tem se verificado reduções importantes de morbi-mortalidade para um conjunto de doenças não-transmissíveis que tem elevada prevalência na população mundial e latino-americana.

Diversos estados e municípios do país não ficam atrás, criando suas atividades isoladas (apenas um componente) ou integradas (diversos componentes); exclusivas do setor saúde ou articulada com outros setores; apenas do governo ou também mobilizando a sociedade; apenas do setor público ou em parceria com o setor privado. Os números já publicados da revista Promoção da Saúde, do Ministério da Saúde, reúne várias iniciativas e programas, assim como relata experiências de estados e municípios, constituindo-se em referência obrigatória para todos aqueles interessados no tema.

Qual a relação orgânica existente entre os diversos programas antes mencionados (federais, estaduais ou municipais) e os respectivos PSF? Como ampliar esta relação? O que cabe aos agentes do PSF e como qualifica-los para as ações de promoção? Estas são questões que devemos deixar levantadas para nossa reflexão e de-

bate, visando, de um lado, ampliar as ações de promoção da saúde nos planos individual e familiar no âmbito do PSF, mas com o cuidado de fazê-lo de forma harmônica e integrada com/ e sem prejuízo do/ que já vem sendo feito.

Promoção da saúde e a dimensão das condições de vida

Neste segmento do artigo, vamos tratar das ações de promoção que pertencem ao segundo grupo enunciado na introdução deste artigo. Para tanto, vamos subdividi-lo nos seguintes temas: políticas públicas saudáveis; ambientes favoráveis à saúde; desenvolvimento local integrado e sustentável e Agenda 21 local; e municípios saudáveis. E, finalmente, vamos abordar alguns temas de políticas específicas da promoção da saúde.

A questão central que também fica é como vai se relacionar o PSF com tais questões e, especificamente em relação a movimentos como DLIS, Agenda 21 e municípios saudáveis, se o PSF deve e tem fôlego de ser o proponente nos locais em que tais movimentos não existam.

Políticas públicas saudáveis e ações inter-setoriais

Já se afirmou antes que a saúde não é uma conquista, nem uma responsabilidade exclusiva do setor saúde. Ela é o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, que se combinam de forma particular em cada sociedade e em conjunturas específicas, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis.

Isto quer dizer que fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer, como prejudicar a saúde

Deverá ser feito um trabalho permanente para a mudança dos hábitos de vida, visando o combate ao tabagismo, evitar o consumo abusivo de álcool, sal e gorduras saturadas e o estímulo a prática da atividade física.

(OMS [1986], in Ministério da Saúde, 2001a).

Assim, para se melhorar realmente as condições de saúde de uma população – um objetivo social relevante em todas as sociedades –, são necessárias mudanças profundas dos padrões econômicos no interior destas sociedades e intensificação de políticas sociais, que são eminentemente políticas públicas. Ou seja, para que uma sociedade conquiste saúde para todos os seus membros são necessárias uma verdadeira *ação inter-setorial* e as chamadas *políticas públicas saudáveis*.

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” (OMS [1988], in Ministério da Saúde, 2001a).

Ressalta a Declaração que os principais propósitos das políticas saudáveis são a criação de ambientes (na acepção mais ampla do termo) favoráveis para que as pessoas possam viver vidas saudáveis e que tais políticas facilitem opções saudáveis de vida.

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 de

seu papel perante a sociedade. Pode-se dizer que a noção de políticas públicas saudáveis só pode ser compreendida e desenvolvida a partir de uma nova concepção de saúde e de uma nova concepção de Estado e de política pública (Carvalho, 1998).

A nova concepção de saúde importa numa visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida e não simplesmente com ausência de doença. A saúde deve ser vista como resultado de um complexo de fatores e situações biológicas, sociais, econômicas, culturais, cuja interação define a cada momento e em cada lugar o padrão de saúde, inclusive o quadro de transição / polarização epidemiológica contemporâneo. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendido como um estado dinâmico, socialmente produzido (Carvalho, 1998).

Nesse marco, a intervenção visa não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, implicando intervenção multi e inter-setorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade: eis a essência das políticas públicas saudáveis (Carvalho, 1998).

Tendo em vista a indiscutível determinação econômica e social da saúde e, portanto, sua dependência de ações inter-setoriais e de políticas públicas saudáveis, que áreas de políticas públicas são importantes para a saúde? Que características deve tomar a ação inter-setorial?

Quase todas as políticas públicas, econômicas ou sociais, têm algum tipo de consequência, positiva ou negativa, sobre a situação de saúde e, frequentemente, sobre o

sistema de saúde. Por esta razão, a saúde deve estar na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes de todos os níveis e setores. E eles devem ser permanentemente responsabilizados pelas consequências que suas decisões podem ter no campo da saúde (OMS [1986], in Ministério da Saúde, 2001a).

Lembramos aqui a Constituição Brasileira que, no seu Artigo 196, ao introduzir a Seção da Saúde, afirma que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante *políticas sociais e econômicas* que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua *promoção, proteção e recuperação*”. Ou seja, políticas públicas saudáveis e promoção da saúde são, no Brasil, um mandato constitucional.

Entre as políticas sociais e públicas a serem seriamente consideradas, certamente encontram-se as políticas de saneamento e meio ambiente, educação, habitação, alimentação e nutrição e de assistência social, que mereceriam um detalhamento incompatível com o espaço que dispomos.

Mas o conceito e a prática de políticas públicas saudáveis inclui não apenas políticas sociais, mas também políticas econômicas. Assim, cabe expressar mais uma vez as preocupações com políticas econômicas que geram desemprego e baixos salários. A incapacidade das famílias, cujos chefes estão desempregados ou sub-assalariados, de adquirir os bens básicos para sua sobrevivência são fatores poderosos de adoecimento e morte. Sofrem com essas políticas principalmente as crianças e os velhos, mais sensíveis às flutuações da capacidade de aquisição de bens e serviços pelas famílias.



O conceito e a prática de políticas públicas saudáveis inclui não apenas políticas sociais, mas também políticas econômicas.

É responsabilidade das autoridades governamentais, do poder legislativo, da justiça e da sociedade brasileira buscar um crescimento econômico sustentado, com geração de empregos e melhor distribuição da renda. Esta é uma responsabilidade indelegável de governos, políticos e das elites nacionais com a população brasileira como um todo e deve começar a ser implementada hoje, antes que mais vidas se percam pela morte precoce e evitável.

Quando falamos de políticas públicas saudáveis é evidente que não nos referimos apenas às políticas formuladas e implementadas no nível federal. São também muito importantes as políticas estaduais e municipais de desenvolvimento social e econômico.

Programas como o de suplementação da renda familiar até uma renda mínima, que se encontra em desenvolvimento em alguns municípios brasileiros, é uma política econômica saudável, pois conduz a uma maior justiça social e tem um caráter eminentemente redistributivo. Alcançam elas todas as famílias realmente necessitadas? Como fazer para estendê-las a tais famílias? Quais as responsabilidades e papéis dos governos federal, estaduais e municipais na implementação destas políticas de renda mínima?

A democratização do trabalho, através do estímulo ao cooperativismo e o apoio a pequenas e micro-empresas, são iniciativas que geram trabalho e emprego e promovem a redistribuição da renda. Tais políticas podem ser muito estimuladas, inclusive com a utilização de cooperativas e micro e pequenas empresas como fornecedores de governos e instituições públicas federais, estaduais e muni-

cipais, como já ocorre com a FIOCRUZ, no Rio de Janeiro (Buss, 2000b) e outras instituições.

Evidentemente, além da ação inter-setorial e de políticas públicas saudáveis, inclusive as políticas econômicas, espera-se uma série de políticas no campo social e da saúde para que uma sociedade alcance o objetivo de ter seus membros saudáveis, que realizem o pleno potencial humano de longevidade com qualidade de vida, vivendo ademais uma vida socialmente produtiva.

Entre elas encontram-se as políticas educacionais, que visam elevar o padrão global da sociedade, sobretudo através do ensino fundamental e do ensino técnico. Segundo o Censo 2000 (www.ibge.gov.br/censo2000) praticamente todas as crianças em idade escolar (95%) estão matriculadas no ensino fundamental e isto é um enorme progresso. Quase 90% delas freqüentam uma escola pública, número que se reduz no nível médio e chega a apenas 30% no ensino superior. O passo seguinte é melhorar substancialmente a qualidade desta escola.

A saúde e a educação podem e devem articular seus esforços em prol da promoção da saúde. Programas de educação para a saúde na escola alcançam toda a comunidade escolar (professores, alunos e funcionários), além de estender-se, quando bem formulados e conduzidos, também aos familiares. Uma iniciativa mundial que chega ao Brasil é a das escolas promotoras da saúde (OPS, 1996), que será comentada abaixo.

As políticas de saneamento ambiental (vale dizer, abastecimento de água, esgotamento sanitário e destino adequando do lixo urbano e industrial) são das mais efeti-

vas para a saúde. Água corrente e de boa qualidade é o elemento mais importante do saneamento ambiental. Crianças em domicílios sem água corrente apresentam em média 4 episódios de diarreia por ano, caindo para apenas 1 episódio em casas com dois pontos de água. Esgoto e lixo estão também entre as políticas que devem ser implementadas, ainda que sabidamente de alto custo. Mas sua intensiva ocupação de mão-de-obra, segundo diversos especialistas, pode ser uma saída para diminuir o desemprego e ativar a economia.

Da mesma forma, as políticas de habitação, seja para aquisição da casa própria, seja para melhorias nos domicílios existentes. As cooperativas de habitação, com aval das Prefeituras para empréstimos a partir de fundos federais, devem ser consideradas como estratégias para a construção ou melhorias de habitações populares.

O município é um grande ator neste processo, através da formulação e implementação de políticas públicas saudáveis e da ação inter-setorial – o que implica implantação de Conselhos Locais Inter-setoriais e de estruturas organizacionais públicas que facilitem a ação inter-setorial nas políticas públicas municipais.

Avaliar o impacto das políticas públicas sobre a saúde e o sistema de saúde, inclusive com o desenvolvimento de sistemas de informação adequados e acessíveis, é uma das recomendações explícitas da já mencionada Conferência de Adelaide, e serve para demonstrar a eficácia de tais políticas e as pressões por sua manutenção e aperfeiçoamento, assim como pela introdução de novas e melhores políticas sociais de caráter público.

Na referida Conferência lança-se um renovado apelo (já presente em Ottawa) pela construção de novas alianças na saúde, que envolvam políticos, ONGs, grupos de defesa da saúde, instituições educacionais e a mídia, entre outras parcerias, com a função de articular pressões em prol de PPS, assim como contribuir na sua implementação.

E como devem os governos operar as políticas públicas saudáveis e as ações inter-setoriais? Muitos especialistas recomendam um conjunto de mecanismos, de caráter eminentemente político:

- colocar a saúde de forma positiva na agenda de políticos e da mídia;
- decisão compartilhada entre os mais elevados escalões de governo e o poder legislativo;
- integração da ação pública, isto é, formulação e implementação conjuntas das diversas intervenções governamentais;
- universalidade destas políticas, mas com focalização para territórios ou segmentos da população, quando necessário;
- criatividade na formulação das políticas e no seu financiamento;
- mobilização comunitária, isto é, a co-participação da comunidade na formulação e controle social na implementação das políticas sociais integradas.

Ambientes favoráveis à saúde

Na área da promoção da saúde, a Carta de Ottawa (OMS [1986] in Ministério da Saúde, 2001a) menciona, entre os cinco campos de ação prioritários, a *criação de ambientes favoráveis à saúde*. Neste, como em outros contextos, a palavra *ambiente* pode ter múltiplas conotações.

No senso comum, refere-se ao *ambiente físico* ou "*natural*", que

contém o homem e todas as demais espécies vivas. Mas o conceito de ambiente pode ser expandido, para englobar outras dimensões, como o ambiente sócio-cultural, o político e o econômico, tão importantes para a questão da saúde, quanto o ambiente físico. Na verdade, a "naturalização" do conceito de ambiente traz em si múltiplas contradições, uma vez que se sabe que a própria natureza é "construída" pela ação dos seres vivos e, particularmente, do ser humano, através de suas ações econômicas, políticas e sociais.

A Agenda 21, a carta para a ação resultante da grande Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, a Cúpula da Terra, ou a Rio-92, aponta claramente que nossas perspectivas de saúde dependem do "desenvolvimento adequado e sustentável de nosso meio ambiente natural e social" (Nações Unidas, 1992). Na realidade, "a saúde não pode separar-se de inúmeros elementos ambientais tão diversos como o ar e a água potável, a pobreza e as aglomerações urbanas, os produtos químicos e os vetores das enfermidades, o excesso de consumo e o subdesenvolvimento, a tecnologia e o comércio" (Schaffer, 1994).

A despeito deste entendimento mais amplo, deve-se ressaltar a especial importância que tem a questão do ambiente físico propriamente dito, nas suas dimensões abastecimento de água potável, destinação dos dejetos domésticos e industriais, qualidade do ar, drenagem urbana, ambientes de trabalho e outros ambientes coletivos (como escolas, creches, prisões, hospitais, áreas de lazer etc.), habitações e, por fim, a cidade como um todo.

Um instrumento bastante útil para avaliar a qualidade ambiental em nível local e suas relações com a situação sócio-econômica e de saúde é o Programa Marco de Atenção ao Meio (PAM) para os Sistemas Locais de Saúde (OPS, 1998). Na avaliação de muitos especialistas, o PAM, pela sua concepção integral, promove e estimula no interior do setor saúde as atividades inter-programáticas e multidisciplinares. Além disso, facilita as ações e responsabilidades inter-setoriais, assim como a participação social, contribuindo para o diálogo e a concertação entre os atores políticos, técnicos e a população no nível local e, por sua vez, a coordenação com os níveis regional e nacional.

O instrumento deve ser adaptado a cada local. É um manual não normativo, mas *estratégico*, ajustável às características de cada território, o que leva à *elaboração local* de um documento sobre o qual vão se desenvolvendo os aspectos que se requerem. Em cada caso será necessário readaptá-lo, pois se trata de um processo reiterativo, no qual, após o diagnóstico, passa-se à negociação dos programas destinados a produzir as mudanças nos fatores de risco ambiental e, com a evolução dos mesmos, a novas proposições mais amplas, como a dos municípios saudáveis, por exemplo.

Dada a complexidade da estrutura do *meio*, a abordagem proposta pelo PAM deve ser feita setorialmente, embora não se trate de realidades separadas, senão que interagem estreitamente, não devendo perder-se, portanto, a perspectiva global. Os respectivos setores agrupam-se em torno dos grandes grupos de dados do



Programa
Saúde da
Família



meio: meio físico-biológico e meio sócio-econômico. A estes dois grupos soma-se um terceiro, formado pelo perfil de saúde da população. **O meio físico-biológico está constituído por:**

- **Água:** de abastecimento, de consumo público extra-rede, resíduos e de banho e para lazer.
- **Ar:** contaminação atmosférica química e física.
- **Solo:** resíduos sólidos.
- **Flora:** praguicidas.
- **Fauna:** instalações pecuárias, controle de zoonoses, morbimortalidade animal.

O meio sócio-econômico está composto por:

- **População:** dados demográficos, estrutura ocupacional, nível cultural e de lazer.
- **Habitação:** situação das habitações.
- **Situação econômica:** dados econômicos.
- **Infra-estrutura urbana:** cobertura dos serviços públicos locais.
- **Infra-estrutura de serviços de saúde:** cobertura dos serviços, financiamento do setor.
- **Proteção de alimentos:** estabelecimentos comerciais, restaurantes, mercados e vendedores ambulantes, pequeno comércio.
- **Saúde dos trabalhadores:** condições de saneamento básico industrial, vigilância do ambiente e condições de trabalho, fatores de risco laboral, vigilância da saúde.
- **Licenças de funcionamento e avaliação do impacto ambiental na saúde:** centros comerciais e industriais, avaliação de impacto ambiental na saúde.

O perfil de saúde se define com dados selecionados de morbimortalidade e vigilância epidemiológica.

O diagrama de aplicação do programa encontra-se abaixo. A abordagem de saúde e ambiente no contexto da promoção da saúde da família tem no PAM um instrumento valioso a ser explorado e aperfeiçoado em diversos territórios. Obviamente dependentes de políticas públicas, muitas iniciativas na área ambiental podem ser realizadas diretamente pela comunidade organizada e estruturadas com o apoio das equipes da saúde da família.

Desenvolvimento local integrado e sustentável (DLIS), Agenda 21 local e municípios/comunidades saudáveis

Verifica-se nos últimos anos, em todo o mundo, uma série de movimentos, propostas e iniciativas para o entendimento global dos problemas e sua resolução, priorizando o espaço local e comunitário. No Brasil, tal orientação tem se apresentado com mais frequência com as denominações desenvolvimento local integrado e sustentável (DLIS), Agenda 21 local e municípios / comunidades saudáveis.

Diversos autores têm trabalhado sobre o tema do DLIS no Brasil, ensaiando diferentes conceitos, baseando-se em diversas bases conceituais e propondo inúmeras metodologias para implementá-lo (Comunidade Solidária, 1999; Buss e Ramos, 2000; Franco, 2000; Paiva, 2000).

Para um entendimento mais adequado do conceito e conhecimento de experiências e práticas, o que certamente permitirá a proposta e implementação de melhores iniciativas de DLIS, optamos por apresentar muito sumariamente apenas alguns dos seus elementos centrais, remetendo o autor

para publicação extensiva sobre o tema (Cadernos da Oficina Social 3 [1999] e 5 [2000], com texto integral disponível em www.oficinasocial.org.br).

Da mesma forma, a *Agenda 21 local* ganhou divulgação, particularmente após a realização da Rio-92, a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Nações Unidas, 1992), que se realizou no Rio de Janeiro em 1992. Desde esta Conferência, o tema ambiente passou a ser vinculado ao conceito de desenvolvimento sustentável, isto é, aquele que atende às necessidades atuais da sociedade, sem destruir o ambiente, ao contrário, preservando-o também para as gerações futuras.

Neste contexto, o Brasil concentrou o debate sobre a Agenda 21 em nível nacional, em seis temas, que cobririam os principais campos de articulação entre ambiente e desenvolvimento: Cidades sustentáveis; Redução das desigualdades sociais; Agricultura sustentável; Gestão dos recursos naturais; Infra-estrutura e integração regional; Ciência & tecnologia e desenvolvimento sustentável. Um bom resumo sobre estes documentos básicos da Agenda 21 Brasileira foi publicado pela Fiocruz, através do RADIS (1999) (texto completo em www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/prgradis.htm). Este Autor, junto com colegas da Fiocruz, publicou em 1992 uma coletânea sobre saúde, ambiente e desenvolvimento, buscando clarificar os laços ineludíveis existentes entre estes três temas (Leal, Sabroza, Rodríguez e Buss, 1992).

Transcorridos 10 anos da Rio 92 e perto da realização da Conferência Rio+10, na África do Sul, a Agenda 21 brasileira ficou pron-

**O Programa Marco de Atenção ao Meio
(PAM), promove e estimula as atividades
multidisciplinares, facilita as ações e
responsabilidades inter-setoriais, assim
como a participação social.**

ta após longo processo de consulta encerrado em maio de 2002 e em algumas cidades têm sido implementadas as Agenda 21 locais (Kranz, 1999). A Agenda 21 local vem sendo entendida não como uma *agenda verde*, só ecológica ou ambiental no sentido estrito, mas como uma *agenda de desenvolvimento*.

Muito se tem escrito no mundo e também no Brasil sobre as *cidades, municípios e comunidades saudáveis*, como se denomina esta iniciativa no Brasil (Ashton, 1993; WHO, 1996; SES/PR, 1996; Gentile, 1999; Ferraz, 1999; Radis, 2000). Para a constituição de uma comunidade saudável, sem dúvida são necessários o desenvolvimento local integrado e sustentável, assim como a implementação de uma Agenda 21 local.

No entendimento deste Autor, embora existam diferenças conceituais e de práticas nestas três orientações, a rigor elas objetivam coisas muito semelhantes e trabalham com metodologias muito convergentes. Os conceitos vigentes de DLIS encontram-se abaixo (Buss e Ramos, 2000):

Desenvolvimento local - Processo social que reúne crescimento econômico com redistribuição e melhoria da qualidade de vida da comunidade. Tal processo implica aumento e distribuição equitativa da riqueza e graus crescentes de bem-estar da população, medido pelo acesso adequado aos recursos para uma vida melhor: saúde, educação, infra-estrutura (incluindo água, esgoto, eletricidade, ambiente limpo e seguro etc.), casa/terra e crédito, assim como outros elementos mais subjetivos que dependem da percepção da comunidade.

Desenvolvimento local integrado - Desenvolvimento dos

diversos setores da vida comunitária (econômico, social, político e cultural, cada um nas suas várias dimensões) de forma harmônica e equilibrada e de acordo com as aspirações e interesses da comunidade.

Desenvolvimento ambientalmente sustentável - Acopla ao crescimento econômico a conservação dos recursos naturais e da qualidade do ambiente, para uma vida saudável desta e de futuras gerações.

O Comunidade Ativa vem impulsionando programas de DLIS, assim como o BNDES, através do Programa Multisetorial Integrado. Também têm sido instrumentos importantes para o desenvolvimento do DLIS no país o Programa Nacional de Agricultura Familiar-PRONAF, o microcrédito, através do SEBRAE e outras iniciativas. Uma detalhada descrição e análise destes vários programas, experiências e instrumentos encontra-se no Cadernos da Oficina Social 5 (2000) e 7 (2001), cujos textos integrais encontram-se disponíveis em www.oficinasocial.org.br.

Diversas experiências de desenvolvimento local são conhecidas no país. Elas incorporam componentes diversos, que dependem da configuração particular dos atores envolvidos. Boas fontes de informações sobre projetos, programas, experiências e recursos para DLIS também estão disponíveis na home-page da Oficina Social (www.oficinasocial.org.br). Proposta para o planejamento estratégico-situacional de DLIS foi descrita por Artmann (2000).

Na FIOCRUZ, tem-se trabalhado com este último conceito de promoção da saúde como prática ampliada: um programa inovador

de desenvolvimento local integrado e sustentável encontra-se em franca operação na região de Manguinhos/Rio de Janeiro, com resultados muito animadores (Buss, 2000b).

Sobre o tema dos municípios e comunidades saudáveis, no site do Ministério da Saúde, (www.saude.gov.br/programas/promocao/munsaud.htm) existe um conjunto de informações sobre municípios saudáveis. Nele define-se que "o município saudável é aquele onde todos os cidadãos encontram as condições para viver bem e se sentem integrados e participantes das decisões."

O documento afirma ainda que "viver bem implica dispor de moradia em condições adequadas, acesso a água potável, sistema de esgotamento sanitário completo (inclusive o tratamento); transporte coletivo de boa qualidade e seguro; oportunidades de trabalho e renda suficiente para garantir acesso às condições básicas de sobrevivência, especialmente as referentes à alimentação e nutrição; educação de boa qualidade e acesso a bens culturais; espaços e oportunidades de lazer; ambientes protegidos e seguros."

Não existe uma regra para implantar um município saudável, nem normas fixas que confirmem este título a um município. Segundo o citado documento, "essa condição se alcança com um trabalho que envolva os gestores públicos das três esferas de governo, os agentes econômicos e os cidadãos, atuando para construir processos sustentados de desenvolvimento local direcionados para a garantia do exercício dos direitos e a eliminação das iniquidades."

A revista sobre Promoção da Saúde traz nos seus primeiros nú-



meros a descrição de várias experiências sobre municípios saudáveis no Brasil, assim como a opinião de especialistas e autoridades. É um bom instrumento para o debate entre os interessados.

É importante que o PSF se coloque a questão de sua participação em tais movimentos ou, mesmo, que se indague o papel que poderia ou deveria ter na criação e implementação dos mesmos. Estes programas trabalham com a idéia de ações integradas do poder público e da comunidade, visando o enfrentamento de problemas econômicos e sociais mais globais – que sabidamente impactam sobre a saúde –, o que coincide com os objetivos do PSF de melhorar a saúde através da atenção básica, mas também dos componentes da qualidade de vida.

Outras políticas públicas de promoção da saúde também são implementadas no país, sem o devido conhecimento da população e dependente de políticas do poder central, às vezes resultantes de uma iniciativa inter-ministerial, que inclui o Ministério da Saúde. Exemplifico com uma dentre muitas: a política de enriquecimento de alimentos de amplo uso popular (p.ex. a introdução de ácido fólico e ferro nas farinhas de trigo e milho e de iodo no sal de cozinha, produtos de grande consumo nas mesas de todas as famílias em todas as idades). São iniciativas de promoção da saúde na medida em que melhoram acentuadamente a qualidade nutricional dos alimentos, mas também são uma estratégia de prevenção, pois evitarão meningomielocele nos recém-nascidos, assim como certas anemias e hipotireoidismo em todas as idades.

Cenários X campos de ação da promoção da saúde

As ações de promoção da saúde concretizam-se nos espaços sociais reais em que vivem as pessoas. Portanto, o enfoque de cenários, ambientes ou territórios concretos tem se mostrado útil para descrever estratégias e propor ações em promoção da saúde. O espaço das cidades e das comunidades em geral, dos ambientes de trabalhos e das escolas são aqueles que com mais frequência têm sido utilizados para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

Para a elaboração de programas e iniciativas mais adequadas às pessoas, à comunidade e ao espaço a que se destinam, propõe-se um desenho matricial (Figura 2), no qual se combinam os principais cenários e os cinco campos de ação classicamente propostos para a promoção da saúde.

Este modelo ajuda a pensar iniciativas de promoção para determinados grupos, em dado território, e a desenhar as intervenções adequadas, segundo os diferentes campos de ação de que se valem o sistema de saúde e a comunidade para promover saúde. Pode ser um instrumento útil para construir ações de promoção da saúde bem estruturadas e direcionadas no âmbito do PSF.

Um especial destaque, pela importância da articulação dos dois setores envolvidos, deve ser feito para a estratégia das “escolas promotoras da saúde” (OPS, 1996). O cenário da escola é extremamente propício ao trabalho de promover saúde entre crianças e adolescentes. Eles integram o grupo mais sensível às ações de promoção da saúde bem conduzidas, sejam aquelas dirigidas aos estilos de vida e fatores comportamentais, sejam as de caráter comunitário.

O trabalho na escola não se dirige apenas aos estudantes, mas também aos seus familiares, assim como aos professores e funcionários. Pode englobar diversas dimensões, entre as quais se destacam os temas já mencionados que são sensíveis nesta faixa etária: cidadania e participação em movimentos comunitários, higiene pessoal, alimentação, atividade física, comportamento sexual, uso de tabaco, álcool e outras drogas e também o ambiente físico e social da própria escola.

Na escola promotora da saúde, o diagnóstico e a formulação e implementação das ações são eminentemente participativos. As equipes da saúde da família devem olhar a escola como um foco importante para realizar ações de promoção e prevenção em saúde.

Conclusões

A literatura científica brasileira na área da saúde pública vem se debruçando bastante sobre o tema da saúde e qualidade de vida, tendo a revista da Abrasco (2000), Ciência & Saúde Coletiva, dedicado um número integralmente ao tema, com textos diversificados (Minayo, Hartz e Buss, 2000) sobre cidades saudáveis, instrumentos de avaliação da qualidade de vida e, inclusive, promoção da saúde e qualidade de vida (Buss, 2000a). A promoção da saúde na atenção primária e na saúde da família também têm merecido atenção de especialistas na área (Ferreira e Buss, 2001). O Ministério da Saúde mantém um site sobre promoção da saúde (www.saude.gov.br/promocao), com várias informações úteis sobre o tema.

O PSF já desenvolve diversas ações de promoção da saúde. É



É vital integrar as agendas programáticas do PSF e das demais instâncias do Ministério da Saúde que desenvolvem programas de promoção da saúde, para racionalizar esforços e dar coesão ao trabalho de expansão da atenção primária integral feito até aqui.

63

muito pertinente a expansão de tais ações para campos da dimensão individual ainda não cobertos, assim como ao campo das iniciativas mais amplas de DLIS, comunidades saudáveis e Agenda 21 local. Estas duas dimensões da promoção da saúde poderiam vir a ocupar a agenda futura do PSF. Em qualquer caso recomenda-se uma cuidadosa análise de cada situação particular, procurando incor-

porar novas ações de promoção da saúde e preservando com qualidade as que já estão em desenvolvimento. O desenvolvimento de protocolos orientadores e a capacitação e treinamento são imprescindíveis para ampliar as ações de promoção no PSF.

É vital integrar as agendas programáticas do PSF e das demais instâncias do Ministério da Saúde que desenvolvem programas de

promoção da saúde, para racionalizar esforços e dar coesão política e técnica ao excelente trabalho de expansão da atenção primária integral feito até aqui. A articulação inter-setorial do poder público no nível local é fundamental para que se cumpram os objetivos de implementar políticas públicas saudáveis e tornar o ambiente físico, social, e econômico e cultural efetivamente saudável. ■

Bibliografia

- ABRASCO (2000). Qualidade de vida e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 5(1).
- Artmann, E. (2000). O planejamento estratégico-situacional no nível local. *Cadernos da Oficina Social* 3: 98-119 (texto integral disponível em www.oficinasocial.org.br)
- Ashton, J. (1993). *Cidades sanas*. Barcelona: Masson, 236 pp.
- Buss, P.M. (1998). *Promoção da Saúde e Saúde Pública*. Rio de Janeiro: ENSP, 178 pp. (mimeo).
- Buss, P.M. (2000a). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 5 (1): 163-177.
- Buss, P.M. (2000b). A experiência comunitária da Fiocruz: Desenvolvimento local integrado e sustentável em Manguinhos, Rio de Janeiro. *Saúde em Debate* 24(55): 31-43, maio/ago.
- Buss, P.M. e Ramos, C.L. (2000). Desenvolvimento Local e Agenda 21: Desafios da Cidadania. *Cadernos da Oficina Social* 3: 13-65 (texto integral disponível em www.oficinasocial.org.br).
- Buss, P.M. (2001). Promoção da saúde na infância e na adolescência. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 1(3): 279-282, set.-dez.
- Cadernos da Oficina Social (2000). *Desenvolvimento local: Experiências e metodologias* (Cadernos n. 5). Rio de Janeiro: Oficina Social, pp. (texto integral disponível em www.oficinasocial.org.br).
- Cadernos da Oficina Social (2001). *Agricultura familiar e o desafio da sustentabilidade* (Cadernos n.7). Rio de Janeiro: Oficina Social, 143 pp. (texto integral disponível em www.oficinasocial.org.br).
- Cadernos de Saúde Pública (1999). Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, vol. 15, Supl. 2.
- Carvalho, A. I. (1998). Políticas públicas saudáveis. In: Buss, P.M. *Promoção da Saúde e Saúde Pública*. Rio de Janeiro: ENSP, pp. 31-37 (mimeo).
- Castellanos, P.L. (1998). Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: Los determinantes sociales. In: Martínez Navarro, F. e outros. *Salud Pública*. Madrid: McGraw-Hill - Interamericana, cap. 5, pp. 81-102.
- Duarte, C. (2002). Novos desafios. *Revista de Hipertensão & Diabetes* 2, pp. 5. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ferraz, S.T. (1999). *Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000*. Brasília: Paralelo 15, 103 pp.
- Franco, A. de (2000). Porque precisamos de desenvolvimento local integrado e sustentável? *Cadernos da Oficina Social* 3: 67-97 (texto integral disponível em www.oficinasocial.org.br).
- Ferreira, J.R. e Buss, P.M. (2001). Atenção primária e promoção da saúde, in Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde*. Brasília: PNUD, Ministério da Saúde, pp. 7-14.
- Gentile, M. (1999). Os desafios do município saudável. *Promoção da saúde* 1: 12-17.
- Insel, P.M. e col. (1998). *Core concepts in health*. Mountain View: Mayfield, 380 pp. + anexos
- Kranz, P. (1999). *Pequeno Guia da Agenda 21 Local*. Rio de Janeiro: Hipocampo, 123 pp.
- Leal, M.C.; Sabroza, P.C.; Rodrigues, R.H. e Buss, P.M. (1992). *Saúde, ambiente e desenvolvimento*. São Paulo: Hucitec (2 vol.).
- Minayo, M.C.S., Hartz, Z. e Buss, P.M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva* 5(1): 7-31.
- Ministério da Saúde (2001a). *Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde e PNUD, 108 pp.
- Ministério da Saúde (2001b). *Guia Prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 128 pp.
- Ministério da Saúde (2002). *Resultados preliminares de 2001*. (mimeo) (documento ainda não publicado).
- Nações Unidas (1992). *Agenda 21*. Brasília: Senado Federal, 1996, 591 pp.
- OPS (1996). *Escuelas Promotoras de la Salud: Modelo y guía para la acción basados en la experiencia Latino-Americana y Caribeña*. Washington, DC: OPS, HPS/SILOS-36, 72 pp.
- OPS (1998). *Programa Marco de Atención ao Meio Ambiente*. Brasília: OPS, Representação do Brasil, 237 pp.
- Paiva, A. (2000). Desenvolvimento local: ferramenta para uma nova governabilidade. *Promoção da Saúde* 4: 14-17, dez.
- Promoção da Saúde (2001). Diversos artigos e notas. *Promoção da Saúde num. 5*. Brasília: Ministério da Saúde.
- RADIS (1999). *Agenda 21 Brasileira. Tema 18: Outubro*, 36 pp. (Texto integral em www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/prgradis.htm)
- RADIS (2000). *Cidades Saudáveis. Tema 19: Maio*, 32 pp. (Texto integral em www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/prgradis.htm)
- Schaefer, M. (1994). *Salud, medio ambiente y desarrollo*. Washington: OPS, WHO/EHE/93.1, 49 pp.
- Schall, V. (1999). Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortênsia de Holanda na educação em saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 15 (Supl. 2): 149-159.
- SES/PR (Secretaria Estadual de Saúde do Paraná) (1996). *Município saudável: Iniciativa de implantação*. Curitiba: SES/PR, 35 pp.
- Sutherland, R.W. and Fulton, M.J. (1992). Health promotion, in Sutherland & Fulton. *Health Care in Canada*, pp.161-181.
- Ungerer, R. (1998). Promoção da saúde no ciclo de vida. In: Buss, P.M. *Promoção da Saúde e Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, pp. 88-100.
- WHO (1996). Health cities. *World Health* 49(1), jan-feb.