

MARILENA GENTILE



**PROMOÇÃO DA SAÚDE
E
MUNICÍPIO SAUDÁVEL**

MARILENA GENTILE

PROMOÇÃO DA SAÚDE: POSSIBILIDADES E APLICABILIDADE.
MUNICÍPIO SAUDÁVEL COMO “LÓCUS” DE EXECUÇÃO

Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública,
da Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Práticas em Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. José Carlos Seixas

São Paulo
2000

Aos meus pais, Salvador e Maria Aparecida, pelo que me deram.

À minha irmã Mariângela, pelo que me acolhe.

À minha amiga eterna, Luiza Maria, pelo que me transformou.

Agradecimentos

Este estudo é fruto da evolução que a prática reflexiva em meus anos de atuação em Saúde Pública me conduziu. Buscar caminhos novos para velhos males, é colocar uma luz nova de esperança no futuro, isso ajuda a continuar na prática dessa difícil missão.

Enquanto trabalhadora da saúde pública, a inquietude diante dos problemas que nos defrontamos me leva a buscar o aprimoramento, e a acreditar em perspectivas melhores no cumprimento desse papel social que nos cabe. Casar a teoria com a prática, com o fim de consolidar processos construtivos é a grande lição que pode ser apreendida por mim, com esse trabalho.

Gostaria de tornar pública a minha gratidão às muitas pessoas com quem venho compartilhando esse empenho de reconstruir possibilidades, algumas citarei nominalmente aqui, pela inestimável ajuda que me deram nesse processo que me conduziu a concretizar mais essa etapa de minha vida profissional.

À minha amiga Ana Maria Figueiredo, companheira de trabalho e de vida, que com o seu carinho, dedicação e tolerância me ajudou a refletir, organizar e concluir esse trabalho.

Ao meu orientador, Dr. Seixas, pela liberdade de escolha que me deu, pelo que me ensinou, pela paciência e pela amizade carinhosa que tanto estimo.

Ao meu amigo, prof. João Yunes, pela oportunidade e privilégio que me deu de trabalhar e aprender com ele no Ministério da Saúde, com o Projeto de Promoção da Saúde.

Aos meus professores da Faculdade de Saúde Pública, pela contribuição na minha formação teórico-conceitual de inestimável valia para a minha complementação profissional.

Ao meu amigo Ênio Ceni, ex-prefeito e secretário de Saúde de Chopinzinho, ao prefeito Wanderley Crestani, que junto com os demais técnicos do município, me ensinaram que é possível executar processos complexos de forma simples.

Aos meus amigos, pelo carinho e solidariedade que sempre tiveram comigo.

Aos meus inimigos pelos desafios que ajudam a me aprimorar.

*“Por essas linhas a Escola de Salerno deseja
Toda saúde ao rei dos Ingleses e aconselha.
A mente mantenha livre de cuidados, e da ira o coração,
Não beba muito vinho, ceie pouco, levante cedo,
Depois de comer, ficar sentado causa danos;
Depois do almoço, mantenha aberto seus olhos
Quando sentir as Necessidades da Natureza,
Não as retenha, pois isso é muito perigoso,
E use ainda três médicos, primeiro o Doutor Descanso,
Depois o Doutor Alegria e o Doutor Dieta”.*

Versos introdutórios do *Regimen Sanitatis Salernitanum* (O Regimento de Saúde de Salerno), do século XII

Sumário

CAPÍTULO 1 – A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A SAÚDE PÚBLICA: UMA TRAJETÓRIA DE

CONCEITOS

1-1- Período da harmonia, do ambiente natural	8
1-2- Período dos códigos, dos ambientes institucionais	11
1-3- Período da industrialização nascente, dos ambientes em transformação	15
1-4- Período contemporâneo, dos novos ambientes	39

CAPÍTULO 2 – A PROMOÇÃO DA SAÚDE E AS CARTAS: DE INTENÇÕES ESCRITAS À OPERACIONALIZAÇÃO DE AÇÕES

2-1- As cartas internacionais	48
2-2- A operacionalização das linhas de ação da promoção	66
2-2-1- O modelo de atenção à saúde	66
2-2-2- Os ambientes saudáveis	75
2-2-3- As escolas promotoras	77
2-2-4- Os municípios saudáveis	81

CAPÍTULO 3 – A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM AÇÃO: UM MUNICÍPIO SAUDÁVEL

3-1- O Estudo de caso e seus eixos de análise	87
3-2- O município de Chopinzinho	88
3-3- Condições e dinâmica de implantação	94
3-4- As linhas de ação expressas na nova política	99
3-4-1- Política Pública Saudável	99
3-4-2- Reforço da ação comunitária	105
3-4-3- Criação de ambientes favoráveis	108
3-4-4- Desenvolvimento de habilidades pessoais	117
3-4-5- Reorganização de serviços de saúde	119

CAPÍTULO 4- A PROMOÇÃO DA SAÚDE : À PROPÓSITO DE UMA CONCLUSÃO PROCESSUAL

4-1- A transição de conceitos e princípios	124
4-2 – O modelo de atenção à saúde como modelo de desenvolvimento humano	128
4-3 – A gestão para a saúde como um modelo de desenvolvimento local integrado	130

BIBLIOGRAFIA	132
--------------------	-----

CAPITULO I

1- A PROMOÇÃO DA SAÚDE e a SAÚDE PÚBLICA: uma trajetória de conceitos.

Ao longo da história humana, persiste a necessidade de encontrar formas de manutenção satisfatória de seu maior legado, a vida. O que mantém este legado ao homem é a saúde, relacionada com a natureza de sua vida em comunidade.

Promover a saúde é, em última instância, promover a vida de boa qualidade para as pessoas individualmente e para as comunidades.

O conceito de saúde que a histórica Conferência de Alma-Ata estabeleceu propõe esta perspectiva abrangente quando reafirma enfaticamente que: “ a saúde, estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, é um direito fundamental, e a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos setores sociais e econômicos, além do setor saúde” .(CONF.ALMA-ATA, 1976)

De outra forma o que está expresso na atual Constituição do Brasil, também

apreende a saúde para além da condição individual e biológica, relacionando-a às relações socialmente determinadas: “ cabe ao Estado a função de proteger e promover a saúde e o bem estar dos cidadãos através de políticas públicas adequadas que estão relacionadas às deliberações políticas, sociais, econômicas e éticas.” (CONSTITUIÇÃO DO BRASIL, 1988). Mas de onde vem a preocupação com o bem estar e com a saúde dos cidadãos? Como evoluíram na história humana esses conceitos e processos “protetores” da saúde? Como os governos, as cidades e os cidadãos se organizaram para isso ?

Passear pela história, buscando marcos evolutivos e neles as aproximações com as preocupações atuais da Saúde Pública e das diretrizes emanadas da Promoção da Saúde é

o objeto deste capítulo. Como referência fundamental até à metade do século XX, foi utilizado George Rosen em sua obra “Uma História da Saúde Pública” . (ROSEN, 1994)

1-1- Período da harmonia, do ambiente natural.

Iniciando esta trajetória a partir do mundo greco-romano, podemos constatar que os grandes médicos da Grécia eram filósofos naturais, buscavam não apenas lidar com os problemas de saúde mas também indagar a constituição do universo e entender as relações entre homem e natureza. Aliando as observações ao raciocínio filosófico e respondendo a necessidades práticas, os gregos tinham concepções e explicações naturalista acerca da doença, atribuíram saúde e doença à natureza. A falta de saúde teria origem na desarmonia entre homem e ambiente.

A crença na harmonia entre homem e ambiente se evidencia no livro *Ares, Águas e Lugares*, tendo sido essa obra o primeiro esforço sistemático para apresentar as relações causais entre fatores do meio físico e doença e, por mais de dois mil anos, o terreno teórico para a compreensão das doenças endêmicas e epidêmicas. Essa obra além de aspectos teóricos, contém aspectos práticos que iluminavam a atitude das comunidades gregas diante de certos problemas de saúde. Nos movimentos de colonização que caracterizaram a história da Grécia, o autor aconselha consultar os médicos , antes de colonizar um lugar, assim como submeter o caráter do solo a uma investigação minuciosa. Consideravam-se nocivas as planícies encharcadas e as regiões pantanosas e supunha-se que seria melhor erguer as casas em áreas elevadas, aquecidas pelo sol, em contacto somente com ventos saudáveis. O tratado também servia de ajuda ao médico em sua prática sobretudo quando em uma cidade desconhecida. Na Grécia antiga a medicina era itinerante, havia poucos médicos que praticavam o seu ofício indo de uma cidade a outra, batendo na porta das

casas e oferecendo os seus serviços. Apenas cidades maiores tinham médicos municipais permanentes.

Cerca de 600 a.C., certas cidades começaram a nomear médicos, se a comunidade desejasse ter um médico, oferecia-lhe um salário anual e se reunia o dinheiro através de uma taxa especial; ao fim do século V esse procedimento se difundiu pelas cidades gregas.

“Ao longo de sua história, a medicina grega nunca se resumiu apenas à cura das doenças. Desde o início, manter a saúde lhe pareceu ser a tarefa de maior importância, e os problemas de higiene lhe mereceram muita consideração. Uma velha canção dionisíaca de Atenas reza ser a saúde o primeiro bem emprestado ao homem. O poeta Árifron elogiou a *saúde, o mais velho dos deuses, com quem deseja viver para o resto de sua vida.*” (ROSEN)

Para o médico grego, a saúde exprimia a condição de harmonia entre as várias forças ou elementos constituintes do corpo humano, cuja perturbação resultava em doença. Importava, assim, ter um modo de vida capaz de reduzir estes distúrbios ao mínimo. Como os elementos externos facilmente perturbavam a harmonia, merecia muita atenção a influência de fatores físicos e da nutrição sobre o corpo humano. Para os médicos, no modo ideal de vida equilibravam-se nutrição, excreção, exercício e descanso. Além disso, dever-se-ia levar em conta, em cada indivíduo, a idade, o sexo, a constituição e as estações. Em suma, necessitava-se organizar toda a vida segundo esse fim.

Quanto ao abastecimento de água, segundo Estrabão, geógrafo e historiador grego, como as fontes e correntes eram abundantes no mundo grego, os gregos não se esforçaram para trazer água, de longe, até suas cidades. Coube aos romanos introduzir um sistema de aquedutos e de suprimento de água.

Quando Roma conquistou o mundo mediterrâneo e assumiu o legado da cultura grega, aceitou também a Medicina e as idéias sanitárias helênicas. Como clínicos, os romanos não passaram de imitadores dos gregos; mas como engenheiros e

administradores, construtores de sistemas de esgotos e de banhos, e de suprimentos de água e outras instalações sanitárias, oferecem exemplo ao mundo, e deixaram sua marca na História, segundo afirma Rosen.

A preocupação com as condições de pureza da água estava presente nas ações desenvolvidas pelo Império Romano, foram edificadas sistema de distribuição onde a água alcançava grandes reservatórios de onde fluía até reservatórios menores, e saía em canos para o uso. De tais canais condutores, os aquedutos, a água de alguns era reservada apenas para ser ingerida, ao passo que o suprimento de outros apenas servia para uso em jardins. Pausânias, geógrafo grego, escrevendo no segundo século d.C., via no abastecimento público de água uma das necessidades essenciais da vida civil. Cidades avançadas dos períodos helenístico e romano possuíam um sistema regular de canos sob as ruas, para eliminar a água de superfície e a dos esgotos.

Em relação ao meio ambiente, mesmo antes do domínio do pensamento grego em Roma, já se reconhecia a necessidade de se construir em sítios salubres. Segundo o arquiteto romano Vitrúlio Pólio (século I a.C.) usava-se a inspeção do fígado dos animais com esse propósito. Sacrificavam-se animais que haviam pastado na terra examinada para o assentamento e se observavam seus fígados; se a víscera se apresentasse amarelo-esverdeada, considerava-se a terra insalubre para o homem. Essa atenção na relação entre ambiente e saúde se reforçou, mais tarde, com idéias gregas assentadas sobre a obra *Ares, Águas e Lugares*.

Com a dissolução do mundo greco-romano e das invasões bárbaras, houve um declínio da cultura urbana e da prática da saúde pública.

Pode-se claramente identificar neste período histórico marcado pelas culturas greco-romana que a saúde está fundada em conceitos extensivos para além da mera dimensão biológica dos seres, bem como a sua promoção circunscrita ao meio ambiente natural. Na

Grécia esta circunscrição está mais ampliada que na Roma antiga dada a atitude filosófica da busca de harmonia entre as dimensões da vida e da sua transcendência.

1-2- Período dos códigos, dos ambientes institucionais

No ocidente, durante o primeiro período medieval – a chamada “Idade das Trevas” (500-1000 d.C.) – em geral se enfrentava a doença como determinação das forças não mais naturais mas sobrenaturais, quer por abordagens do paganismo ou da religião cristã. Velhos costumes e ritos pagãos, carregados de magia, sobreviviam e o cristianismo via no adoecimento uma punição pelo pecado ou o resultado da possessão pelo diabo ou da feitiçaria. Em consequência, as pessoas com problemas de saúde recorriam à oração e invocavam santos. Mas sendo o corpo o vaso da alma, era necessário fortalecê-lo fisicamente para que pudesse resistir às investidas do demônio. Entre esses limites se movia a saúde pública.

O conhecimento de saúde e higiene se preservou em claustros e igrejas e foi usado na organização e nas regras das comunidades monásticas. Instalações higiênicas como água encanada, latrinas, aquecimento, ventilação nos cômodos, já existiam no início da Idade Média, sobretudo onde se erigiam grandes prédios de moradia, principalmente os mosteiros.

As cidades medievais tiveram origens variadas. Umas vieram de antigas colônias romanas, outras se ergueram nos vales de rios ou em importantes rotas comerciais, outras floresceram em torno de sés fortificadas, ou de castelos de senhores feudais poderosos, que as protegiam contra inimigos.

Toda cidade tinha necessidade de se defender, e sua segurança dependia de seus cidadãos e das fortificações à sua volta. Muitos problemas de saúde pública resultavam da

circunstância de ser a cidade incapaz de acomodar uma população crescente no interior de suas paredes. Como resultado, deu-se a aglomeração características das cidades medievais. Mantinham-se dentro da cidade animais grandes e pequenos e se ajuntavam montes de excrementos onde houvesse espaço. Por muito tempo as ruas não tiveram calçamento e receberam toda sorte de refugos e imundícies. Diante desses e de outros problemas, todas as instituições necessárias a um modo de vida higiênico precisaram ser recriadas pelas municipalidades medievais.

Como aconteceu nas primeiras comunidades, oferecer água aos habitantes se apresentou como necessidade urgente da cidade medieval. De início cisternas, fontes naturais, poços cavados, representaram as únicas fontes; quando se mostraram insuficientes, tornou-se indispensável assegurar novas fontes, mesmo à distância.

Garantir a pureza da água necessária para beber e cozinhar se revelou um constante problema das autoridades municipais. Quando se colhia água de rios, pedia-se aos cidadãos para não lançar animais mortos ou refugos na corrente. Para a provisão de água de beber, poços e fontes distribuíam-se ao longo da cidade, em torno dos quais se centravam a atividade do povo. E, em especial na Alemanha e na Itália, essas fontes tinham grande beleza e distinguiam algumas cidades. Regulamentos com severas penalidades passaram a ser criados para disciplinar essas matérias nas cidades européias.

Também a limpeza das ruas e o destino do lixo eram problemas. Remover o lixo revelou-se um desafio de difícil solução. A luta dos municípios contra essa situação se reflete no grande número de regulamentos e editos; e, também, nos repetidos avisos, ameaças e apelos dirigidos aos cidadãos.

Paris inaugura a pavimentação das ruas, com a finalidade de mantê-las limpas, no início do século XI d.C. A canalização, ou seja, o escoamento dos dejetos para poços cobertos, representou outro passo importante, possível com a pavimentação precedente.

Nesta cidade, iniciou-se, a partir desta época, a exigência de que em toda casa grande fosse construído um *cabinet d'aisance*, destinado a drenar os dejetos até os canais; severas penas aguardavam os que não respeitassem a lei.

Em ordenações municipais de Milão do século XIV, merecem muita atenção esgotos e cloacas, que deveriam ser construídos em lugares aprovados pelas autoridades e cavados até uma profundidade em que não emitissem o mínimo odor.

“Em Londres, lançavam-se os esgotos no rio Tamisa. Mas sendo limitada a capacidade de depuração do rio, uma série de ordens e regulamentações, a partir de 1309, indica a necessidade contínua de se resolver melhor o problema. No entanto, mesmo quando se contrataram limpadores de rua para retirar da cidade entulhos e imundícies com carroças, os habitantes continuaram a sujar as águas do Tamisa”. (ROSEN)

A vida urbana na Idade Média se concentrava em torno da praça do mercado, onde política, comércio, religião e arte se encontravam e se misturavam. Vários artigos eram vendidos aí, como alimentos, roupas, cerâmicas etc. Em virtude da crença de que perigosos focos de doença poderiam surgir em lugares de venda de alimentos, em especial estragado, havia um grande cuidado em se manter o mercado limpo, e o lixo resultante deveria ser jogado a mais de mil passadas dali (aproximadamente 800 metros). O vigor da inspeção dos alimentos nas comunidades medievais é um aspecto que fica ressaltado na administração de saúde pública.

A criação dos hospitais é uma das grandes façanhas da Idade Média. Motivos religiosos e sociais tiveram muita importância neste fato. No ocidente, os hospitais tiveram origem na Igreja, nas ordens monásticas, servindo o tratamento dos monges e seus companheiros de exemplo para os leigos. Os mosteiros possuíam um lugar de tratamento, uma farmácia e, com frequência, uma horta de plantas medicinais. E além de cuidar dos companheiros, os monges abriam as portas do claustro a viajantes e peregrinos, prática cujos primórdios se desconhecem, mas que recuam, talvez, ao início da Idade Média. No

Oriente, soberano e funcionários públicos criaram hospitais nos centros urbanos. Em geral, essas instituições refletiam o alto nível da Medicina nas terras muçulmanas.

A educação em saúde e a higiene pessoal também receberam importantes contribuições na Idade Média. O homem medieval cuidava de seu corpo muito mais do que se imagina. Embora se considerasse vã a existência terrena e existisse a crença na punição ou na salvação no outro mundo, havia também a convicção de que, seguindo-se um regime, seria possível estender a vida até três vintenas e mais dez anos.

A necessidade de viver originou toda uma literatura sobre a preservação da saúde, fundada, em essência, em fontes clássicas. Durante a Idade Média, esses escritos foram suficientemente comuns para oferecer regras de condutas aos interessados.

Quase sempre, o tratado de higiene se dirigia a uma pessoa de classe alta, aconselhando-a a como manter a saúde. A obra mais conhecida é o *Regimen Sanitatis Salernitanum* (O Regimento de Saúde de Salerno), provavelmente escrito durante o século XII e ainda publicado na Inglaterra, na Itália, e na Alemanha, em meados do século XIX. Escrito em versos podia ser guardado na memória. Os versos introdutórios ilustram o senso comum presente neste clássico da Educação em Saúde:

“Por essas linhas a Escola de Salerno deseja
Toda saúde ao rei dos Ingleses e aconselha.
A mente mantenha livre de cuidados, e da ira o coração,
Não beba muito vinho, ceie pouco, levante cedo,
Depois de comer, ficar sentado causa danos;
Depois do almoço, mantenha aberto seus olhos
Quando sentir as Necessidades da Natureza,
Não as retenha, pois isso é muito perigoso,
E use ainda três médicos, primeiro o Doutor Descanso,
Depois o Doutor Alegria e o Doutor Dieta.

Esse poema médico, e seus sucessores literários, tratavam de cada detalhe da vida diária e indicavam como cuidar de cada parte do corpo. Entre os assuntos incluídos na higiene pessoal, estavam a habitação, a alimentação e a limpeza corporal. A limpeza da casa ocupava pouco espaço nos tratados medievais de higiene, sendo muito maior o interesse pela nutrição, em que se exaltava a virtude da moderação na dieta. Também se aborda em minúcias o sono; segundo a visão medieval, o sono profundo previne a doença e promove a harmonia dos humores.

Esta segunda temporalidade, ainda que imprecisa nos seus limites de início e término, pode ser destacada do ponto de vista da saúde e sua promoção como um tempo de nascimento dos códigos, regulamentos, compatíveis com a manutenção de regras e ordenamentos nos aglomerados urbanos que se formavam. As instituições asilares, que passam a abrigar pessoas com problemas específicos, é outro mecanismo de interdição regulatória ainda que nasça sob a égide da proteção e da caridade.

1-3- Período da industrialização nascente, dos ambientes em transformação.

O Renascimento significou uma fase do processo de desaparecimento da civilização medieval e de sua transformação em mundo moderno, no qual se desenvolveu a saúde pública que conhecemos hoje. A ascensão da civilização moderna trouxe também os primórdios da ciência como um de seus elementos essenciais, o que vai influenciar significativamente a saúde pública.

Desta forma as descobertas que incorporavam novos conhecimentos anatômicos e de fisiologia humana, como as realizadas por Vesálio e Harvey, estabelecem um solo finalmente firme para a visão do corpo como uma unidade.

A ciência natural se caracterizava, na época, não apenas pelo uso crescente da experimentação, mas também por tratar matematicamente os fenômenos naturais. Com a sistematização da “aritmética política” por William Petty (1623-1687), médico, economista e cientista, a saúde pública passaria a dispor de um novo e importante instrumento. De igual, senão de maior importância, se mostraram a evolução da epidemiologia e da observação clínica. Crescia a tendência de se individualizar as doenças, segundo a observação clínica e se descreveram várias delas como a coqueluche, febre tifóide e escarlatina. Era o nascimento da clínica como uma aplicação científica da prática médica.

Mas a organização e a administração sanitárias quase não mudaram. Não existem contrastes absolutos entre períodos sucessivos da História, cada era carrega instituições e modo de pensar e agir do passado. Assim o padrão de saúde pública criado pela população urbana medieval continuou em uso do século XVI ao século XVIII.

Com o desenvolvimento de Estados nacionais, de quando em quando os governos centrais assumiam as ações. No geral, porém, cabia à comunidade local cuidar dos problemas de saúde. E quando novos problemas surgiam eles se ajustavam ao modelo existente.

Do século XVI ao XVII duas tendências fundamentais moldaram a atividade de Saúde Pública. De um lado, a administração permaneceu centralizada em uma unidade local, em geral a cidade, conservando-se assim o caráter de “freguesia”, sistema de autoridades locais, de um governo com certa autonomia, típica da Idade Média. Do outro lado, emergiu o Estado Moderno, que progressivamente caminhou em direção a um governo nacional centralizado, com um conjunto de doutrinas políticas e econômicas que influenciaram a administração da Saúde Pública.

No mercantilismo, a política considerava o poder do Estado como o interesse supremo e a sociedade como a ele submetida, sendo os elementos da política mercantilista

que visavam o fortalecimento do poder do Império o fulcro da própria política social, a *raison d'État* ou a razão do Estado, a razão do bem comum, do bem de todos, que o Estado representaria. Ainda que a aplicação da própria política mercantilista recebesse ênfases variadas em diferentes tempos e lugares, em qualquer país era possível se reconhecer a necessidade de atenção aos problemas de saúde.

Com o crescimento da indústria na Inglaterra no século XVII, a produção passa a ser considerada como central na atividade econômica. Assim o trabalho passou a ser essencial na geração da riqueza da nação; qualquer perda na produtividade de trabalho, decorrente de enfermidade ou morte, tornava-se um problema econômico. Além do mais, sendo a população um fator de produção, saber o número e o “valor do povo”, em particular o dos grupos mais produtivos, tornara-se vital. A aplicação de métodos numéricos à análise de problemas de saúde veio a render frutos para o estudo e desenvolvimento da Saúde Pública.

O valor do conhecimento estatístico sobre as cidades já havia sido reconhecido na Renascença italiana, em particular em Florença e Veneza, mas esse conhecimento não tinha evoluído como método para análise de problemas de saúde. Uma população grande e sadia estava no centro do interesse dos aritméticos políticos porque era um meio essencial para aumentar a riqueza e o poder de nação do Estado. Em consequência, estadistas, legisladores, administradores, médicos e homens de negócio reconheceram suas responsabilidades ante o povo; responsabilidade, por exemplo, pelos cuidados da saúde, pela prevenção das doenças, pela assistência médica aos necessitados. E essa consciência implicava um conceito de Política Nacional de Saúde, conceito que veio a ser fortalecido tanto na Inglaterra quanto no continente europeu.

Na Inglaterra, embora a idéia de uma política nacional de saúde não se desenvolvesse em uma teoria, aconteceram ousadas e penetrantes análises de problemas

de saúde e se lançaram propostas de uma ação nacional. William Petty percebeu que o controle das doenças comunicáveis e a salvação da vida das crianças ajudariam a impedir a diminuição da população e propôs, em 1687, a criação de um Conselho de Saúde para Londres. No mesmo ano sugeriu a criação de um hospital de mil leitos, também em Londres. Recomendou o estabelecimento de hospitais de isolamento, para receber doentes de peste. Incumbiu-se também de calcular as perdas econômicas em consequência de doenças. E tendo em mente as mulheres grávidas e solteiras, defendeu a fundação de maternidades. Convencido também que certos grupos de trabalhadores mereciam atenção direta do Estado, sugeriu que se realizassem estudos de morbidade e mortalidade no trabalho. Por fim propôs que analisassem as necessidades de saúde e se calculasse o número de clínicos e cirurgiões suficiente para as atender.

Petty não estava sozinho na tentativa de lidar com a saúde pública em escala nacional, ou no esforço de a analisar em números. Esses interesses se revelavam também entre seus contemporâneos e sucessores. No mesmo período, metade do século XVII, também na Alemanha, era usada por Veit Ludwig Seckendorff (1626-1692), um contemporâneo de Petty, a maneira mercantilista de ver a Saúde Pública. A finalidade do governo seria a de assegurar o bem-estar da terra e do povo, que se manifestam pelo crescimento da população; assim eram necessárias medidas para se resguardar a saúde do povo, para que o aumento do número de pessoas pudesse acontecer. Nesta perspectiva, um programa de saúde do governo deveria incluir a supervisão das parteiras, o cuidado dos órfãos, a nomeação de médicos e cirurgiões, a proteção contra a peste e outras doenças contagiosas e contra o uso excessivo de tabaco e de bebidas alcoólicas, a inspeção de alimentos e água, a garantia da limpeza e a drenagem das cidades, a manutenção de hospitais e a assistência aos pobres.

A administração da Saúde Pública na cidade renascentista, ou no século XVII, se assemelhava muito à cidade medieval. Uma autoridade organizava o Conselho da Cidade, muitas vezes eleito para a vida inteira. Embora a sua constituição variasse, para efeitos práticos a autoridade da cidade tinha alguns dos poderes de um Estado soberano. Como o Conselho da cidade era em geral permanente, ele conseguia criar um corpo responsável por assuntos de Saúde Pública como limpeza de ruas, drenagem, suprimento de água e outros.

Os governos das cidades tinham limites estreitos. As autoridades só cuidavam dos interesses de sua comunidade, fosse pestilência ou pobreza, pois não tinham controle algum sobre o que, vindo de fora, influísse sobre a saúde dos cidadãos. Se a peste chegasse a Londres vinda do Oriente, as outras cidades não podiam impedir navios de entrar no porto londrino, nem garantir a desinfecção das mercadorias. Só lhes cabia tentar impedir a entrada de pessoas ou mercadorias contaminadas em suas cidades.

O período entre o início do século XVI e meados do século XVIII é um tempo de transição. A grande evolução da ciência nos séculos XVI e XVII assentou a medicina sobre a terra da anatomia e da fisiologia, a observação e a classificação permitiram o reconhecimento mais preciso das doenças. A um só tempo, ganhou substância a urgência de aplicação da ciência à saúde da comunidade. E se desenvolveu, segundo as necessidades políticas e econômicas do Estado moderno, um enfoque quantitativo dos problemas de saúde. A partir de então uma nova idéia passava a ser cogitada, a de serem organismos microscópios causas das doenças transmissíveis.

A comunidade dos séculos XVI e XVII, e até mesmo do XVIII, lidava com epidemias, assistência médica, saneamento, suprimento de água, quase do mesmo modo que a medieval. A administração aos moldes da Idade Média persistiu até o século XIX. No entanto, durante esse período, o terreno para mudanças estava sendo preparado.

O período seguinte ao mercantilismo, sob a liderança da França, foi o Iluminismo

(1750 – 1830). Para o Iluminismo eram essenciais a aceitação do valor supremo da inteligência e, em consequência, a crença na utilidade da razão para o progresso da sociedade. A inteligência social só poderia ganhar realidade se houvesse informações ao público. O período foi caracterizado pela avidez de levar os resultados da ciência e da medicina até as pessoas, para que elas se tornassem esclarecidas em assuntos de saúde e higiene.

De todos os lados surgia um interesse pelos direitos e pela situação do homem. Interesse manifesto, por exemplo, na preocupação com os problemas de saúde de grupos. A consciência dos efeitos das doenças levou mercadores, médicos, clérigos e outros cidadãos de espírito público a lutar por melhoramentos. Ao término do século XVIII, já havia a convicção de serem saúde e doença fenômenos de muita importância para o indivíduo, para a comunidade e para o corpo político. A saúde pública já apresentava vertentes da ação diferenciadas em enfoques individual e do controle social.

Na Inglaterra, a natureza e o ritmo da vida econômica e das mudanças industriais e agrárias na última metade do século XVIII configuraram os movimentos denominados revolucionários, ou Revolução industrial e Revolução agrária. Essas alterações na economia do país perturbaram necessariamente sua estrutura social e originaram uma nova atitude mental diante dos problemas da vida comunitária. Representando, em essência, a visão da classe média, essa nova ética se caracterizava pela insistência na ordem, na eficiência, na disciplina e pela preocupação com a condição humana. Movimentos como a criação do hospital e do dispensário, do bem estar da criança, e outros, nasciam em centros urbanos, à partir de Londres, depois se espalhando em outras cidades. Riqueza, comércio e indústria se concentraram nas cidades, onde a classe média encontrava mais facilidade em se fazer ouvir. A ação social para a saúde, passava a ser resultado das ações de leigos e médicos, refletindo um interesse pelos problemas de saúde e bem estar dos pobres, não

apenas por sentimento de caridade, mas na intenção de os controlar de modo racional e inteligente.

Por volta de 1750 houve um rápido aumento de população. O número de habitantes, até então estável, começou a crescer rapidamente, um fenômeno que não se limitava à Inglaterra. Nas cidades, as mortes superaram os nascimentos e, no entanto, as cidades continuavam a crescer. A expansão da natalidade principalmente da população rural implicava um aumento de crianças mas a mortalidade infantil era elevadíssima, em especial entre os filhos dos pobres. Evidentemente havia um sério e temível desperdício de vidas.

Na Inglaterra e outros países era criado um movimento de reforma das condições responsáveis pelas mortes das crianças. Houve a criação do Hospital dos Enjeitados de Londres onde se defendia o direito das crianças à vida e à liberdade, de onde também partia algumas regras sobre amamentação, alimentos, vestes, roupas e exercícios. Em Londres foi empreendida uma campanha contra as mortes infantis, principalmente das crianças pobres das freguesias, e como ação foi sancionado um decreto que tornava compulsório enviar crianças ao campo para serem amamentadas. No mesmo ano foi criado o primeiro Dispensário para a Criança Pobre na Inglaterra. Na França foi sancionado um decreto pela Convenção Nacional Francesa em 1793, referente ao bem estar e à saúde de crianças e mulheres grávidas. Na Alemanha a ação de promover o bem estar das crianças era vinculada à ação administrativa e educação em saúde.

A preocupação com a saúde de grupos específicos recai na atenção as condições de trabalho e as doenças associadas a certas ocupações. Surge o movimento da reforma em atenção à demência, integrando a preocupação maior com os direitos e a situação do homem. Houve o desenvolvimento de hospitais e ascensão dos hospitais gerais e

dispensários; e ainda a criação de hospitais especiais para varíola, para doenças venéreas, para gestantes, doentes mentais, etc.

Quase simultaneamente em vários países europeus, em particular na França e Inglaterra surgiram propostas e ações de reforma motivados pelas idéias do Iluminismo e pelo novo espírito humanista.

Nas cidades britânicas, à partir da segunda metade do século XVIII, começaram a acontecer benfeitorias, mais notáveis entre 1750 e 1815, ou seja durante o primeiro impacto do industrialismo, de violentas flutuações na economia e de outros males. Derrubaram-se prédios deteriorados ou que impediam a circulação, foram executadas drenagem, pavimentação e iluminação das ruas. Vias estreitas e tortuosas foram alargadas e tornadas planas. Prédios de tijolos substituíram casas de madeira, desaparecendo assim alguns cortiços. À proporção que surgiam os novos quarteirões, com ruas largas e quadras abertas, a classe mais rica ia para esses bairros, deixando para os pobres as regiões mais antigas e insalubres. Outras cidades seguiram o exemplo. Houve algum avanço no suprimento de água e no sistema de esgotos e se introduziram de modo gradual bombas de vapor e canos de ferro, produtos da industrialização.

Os séculos XVIII e XIX chamados de “Revolução Industrial”, vivem o fenômeno de industrialização e da ascensão da economia industrial, o mundo se tornara moderno. Ao lado da industrialização, houve a expansão dos transportes e novos meios de comunicação, sistemas de estradas e canais foram abertos. Na Inglaterra esse processo se iniciou no fim do século XVIII, nos Estados Unidos igualmente no mesmo período e na França após a queda de Napoleão. A locomotiva apareceu em cena, revolucionando os transportes e a Inglaterra foi pioneira na construção de estradas de ferro, esse processo ocorreu por volta de 1830 e 1850.

A indústria foi estimulada pelas necessidades de equipamentos e trabalho humano mais precisos, aliado à melhoria dos transportes e crescimento do mercado. Com isso surgem os sistemas de fábricas para a organização da indústria. No século XIX as fábricas tornaram-se mais numerosas, e com isso cresceram as necessidades de mais trabalhadores, que tiveram de se deslocar para onde elas estivessem. Com a necessidade da organização comunitária para proteger a saúde, na Inglaterra, primeiro país industrial moderno, nasce a moderna Saúde Pública.

O principal problema social inglês na época era a assistência aos pobres e para resolver isso foi criada a Lei dos Pobres Isabelina. Ela pôs sobre a freguesia o dever de assistir o indigente, esta passava a ser responsável pela manutenção de seus pobres, empregando essas pessoas. O desejo de estimular a prosperidade nacional, através da utilização dos desempregados, fez surgir os centros de manufatura sob a forma de asilos de trabalhadores. Nestes asilos os pobres podiam aprender a se sustentar. Apesar dessas ações o problema dos trabalhadores pobres permaneceu sem solução. No início do século XIX, acentuados pelas mudanças na agricultura e na indústria, a pobreza e o infortúnio social aumentaram ainda mais.

As freguesias, já em torno de 15.000, administravam a assistência aos pobres com autonomia, porém os gastos anuais com essa assistência subiam continuamente. Concomitante a isso os novos industrialistas se sentiam restringidos pelas limitações impostas pelo legado do sistema do período pré-industrial. Eles reclamavam por um sistema aberto no mercado de trabalho, da oferta e da procura, e a mobilidade dos trabalhadores era essencial, eles deveriam estar disponíveis onde fossem mais necessários, essa situação já ocorria no norte da Inglaterra. No sul, o movimento das cercas e a racionalização da agricultura expulsaram a classe camponesa dos campos e, ao mesmo tempo, as leis dos assentamentos os ligavam a sua freguesia que precisava dar a esses trabalhadores

desempregados ou subempregados alguma assistência, o que ajudava a manter uma reserva de trabalhadores rurais e evitava sua ida para as cidades.

Como forma de resolver a questão da oferta de trabalhadores para a indústria, de forma que se tornasse mais elástica, propunha-se o fim da ajuda aos pobres e a liberação dos trabalhadores para atender aos seus próprios interesses econômicos. Essa visão tinha raízes em posições teóricas que foram: a Doutrina da Necessidade Filosófica, a economia política de Smith, Malthus e Ricardo e a filosofia de lei e administração de Bentham.

A essência do conceito da Doutrina da Necessidade Filosófica estava na fé da ordem natural da sociedade, o liberalismo necessário à sustentação do capitalismo já em franca ascensão que assim expressava, “deixados a si mesmos, os indivíduos são providentes e a cada dia melhoram suas circunstâncias”.

“A pobreza e a ociosidade devem ser governadas pela razão e pela necessidade, e não por qualquer ajuda legal aos pobres, que serviria apenas como incitação à ociosidade. Se o governo se mantivesse neutro e permitisse à necessidade agir, o progresso material resultaria em diminuição da pobreza e em aumento da educação, e levaria ao aperfeiçoamento moral. Assim, qualquer tentativa de assistência através da Lei dos Pobres significava, em realidade, um obstáculo à auto-ajuda, um pecado contra a necessidade filosófica e um impedimento ao progresso. Dever-se-ia, ao invés, compelir os pobres a resolverem por si mesmos seus problemas e estimulá-los a serem providentes, a se ajudarem”. (ROSEN)

Na era industrial, a economia política se desenvolveu como a ciência das leis de funcionamento do novo sistema econômico. Segundo Adam Smith e outros economistas políticos, a motivação da atividade econômica residia na poderosa e invasiva força do interesse próprio; o poder da competição e o mecanismo de mercado guiavam essa motivação. Assim livres, os interesses dos diferentes indivíduos entrariam em harmonia e conduziriam a um sistema de cooperação espontânea. Isso implicaria mais produtividade e mais produtividade implica mais bem-estar. Aceitava-se, em suma, o empreendimento privado, sem restrições, como fonte principal do progresso social. Nesse contexto

considerava-se a Lei dos Pobres um empecilho anti-social, a se remover para que se liberasse o imenso potencial da iniciativa individual. O máximo da auto-ajuda dos indivíduos faria mais para melhorar a condição do pobre do que qualquer assistência legal, conforme sistematiza Rosen ao examinar a construção da nova ética que se firmava.

Para que esse ideal pudesse acontecer de forma ordenada, era necessário que se guiasse os homens em sua ação econômica e social, pelo legislador e pelo administrador, para que se criasse os meios de fazer os interesses privados coincidirem com os interesses públicos. Esse conceito se encontra no cerne da filosofia administrativa de Jeremy Bentham, mestre e profeta do grupo chamado de Filósofos Radicais.

”Os projetos pelos quais esses intelectuais labutavam tão vigorosamente incluíam a reforma parlamentar, o comércio livre, a reforma da lei, o controle dos nascimentos e a reforma da educação. Direta ou indiretamente, os filósofos radicais exerceram uma influência profunda em seus contemporâneos.”(ROSEN).

Em 1832, o parlamento reformado nomeou uma Comissão Real para investigar a prática e a administração das Leis dos Pobres, o relatório pronto dois anos após, forneceu os princípios para o Ato de Emenda à Lei dos Pobres, tornada lei em 14 de agosto de 1834. O Ato fazia prescrições relativas aos princípios da administração da assistência e à máquina administrativa criada.

Com relação a assistência, os princípios de concessão eram mais restritivos. “Nenhuma pessoa fisicamente capaz ou sua família, receberia ajuda fora dos asilos oficiais. Ficava restrita a assistência aos pobres fisicamente capazes, apenas àqueles mais miseráveis do que o trabalhador em pior situação fora do asilo.” Do lado administrativo, o empenho em assegurar centralização, uniformidade e eficiência distinguiu o ato. Em lugar dos funcionários da freguesia, o Ato estabeleceu a existência de três comissários do governo e um secretário pagos que constituiriam uma comissão central da Lei dos Pobres. Esse corpo expediria ordens e regulamentações para orientar funcionários locais na

administração da lei. A unidade administrativa seria a união das freguesias, e em cada união um Conselho de Guardiões executaria a lei.

Se o primeiro objetivo do Ato era o de reduzir a proporção dos pobres, sua finalidade mais ampla estava em liberar o mercado, como condição para o investimento. A economia de mercado se afirmava e clamava pela transformação do trabalho humano em mercadoria.

Atingiu-se esse objetivo e não é exagero dizer que a lógica do sistema de mercado estabelecido pela reforma da Lei dos Pobres de 1834 determinou a história social do século XIX. Não por acidente, nas décadas seguintes os homens começaram a olhar para os problemas da vida comunitária com uma nova ansiedade, como conclui ROSEN.

A nova civilização industrial trouxe questões mais complexas para a organização da comunidade, no sentido de proteger a sua saúde. A economia de mercado, da fábrica e do ambiente urbano moderno trouxeram novos problemas e a necessidade de novos meios de prevenção de doenças e proteção da saúde.

Cada vez mais ingleses viviam nas cidades e trabalhavam em fábricas, que ficavam cada dia mais congestionadas, favorecendo o aparecimento das doenças e deteriorando-se as condições de saúde. Apesar dos esforços voluntários de Comitês de Comunidade, as ações eram fracionadas e dispersas demais para enfrentamento dos novos desafios. O rápido crescimento urbano, também refletiu em taxas ascendentes de morte.

Não havia planejamento algum, as fábricas se instalavam de acordo com suas necessidades, os trabalhadores e suas famílias confluíam para as cidades, e o aumento da população urbana superava qualquer oferta de moradia. Empreiteiros, competindo pelo capital de investimento, construía em qualquer pedaço de terra, desde que próximo dos locais de empregos em perspectiva, num nível prático e lucrativo, sem se preocupar com a qualidade das casas nem com a necessidade dos que as habitavam.

No que se refere à residência, para grande número de trabalhadores não existia nenhuma escolha, eles eram compelidos a viver em distritos urbanos superpovoados porque seus empregos eram de natureza casual, eles tinham que estar no lugar certo ou perderiam a possibilidade de ganhar o pouco necessário à sua subsistência.

Os novos meios de locomoção ajudaram os trabalhadores de salários mais altos a deixar a área do interior das cidades para os recém chegados e mudarem-se para outros distritos, em geral suburbanos e rurais. Agravava ainda mais estas condições a crença de que os meios para atender as várias necessidades, físicas e sociais, dos habitantes surgiriam de maneira quase automática. Tinha-se como certo que, ou os indivíduos se organizariam para suprir suas carências, ou alguém – por motivos pecuniários, ou por princípio moral – se interessaria em atendê-las. A circunstância de que lojas e bares, em especial os últimos estivessem entre as primeiras instalações públicas oferecidas, dá uma medida do realismo dessa suposição. Os bares preenchiam o vácuo dessa ausência de qualquer outro meio de recreação e lazer. Na maior parte do século, muitas cidades se caracterizaram pelo número excessivo de bares.

Ao mesmo tempo, havia pouco interesse em tomar medidas sanitárias, pois não se consideravam rendosas as despesas necessárias para usufruir desses benefícios. A raridade de esgotadouros e da remoção do lixo e o descaso quanto aos pátios e ruelas em torno dos quais se construíam as casas, deu origem à prática de usá-los como lugar de depósito. Assim raramente um pátio não estava ocupado por uma fossa comunal, ou por um monturo. As casas nos bairros mais pobres não possuíam privada com descarga de água, muitas não tinham sequer privadas. Esta era a situação da Inglaterra, se estendendo à partir dos anos de 1830 para França, Bélgica, Prússia e Estados Unidos – em verdade, onde quer que o novo sistema industrial se tivesse enraizado e desenvolvido existiam condições

igualmente lúgubres e brutais. Em todos estes países uma resposta similar emergiu: a exigência de uma reforma sanitária.

Várias circunstâncias atraíram a atenção para as cidades. Graças a uma série de epidemias em Manchester já no final do século XVIII, a saúde dos trabalhadores das fábricas passara a ser motivo de preocupação, como também sua condição de vida na cidade.

A epidemia de cólera de 1831 e 1832 fortaleceu ainda mais o interesse pela situação das cidades. Evidenciou-se que a doença procurava os distritos mais pobres, os locais onde mais se negligenciavam as medidas sanitárias, as áreas mais poluídas por todo tipo de sujeira acumulada. O estímulo final veio com a Nova Lei dos Pobres, que concentrou a atenção nos problemas de saúde das comunidades urbanas. Imundície, doença, desamparo e exigências de redução no peso da assistência aos pobres são as raízes do movimento pela reforma sanitária.

A criação da Comissão da Lei dos Pobres, em 1834, também trouxe à luz o instrumento que viria a ampliar a questão sanitária e a prover os meios para enfrentá-la. Chadwick, reconhecendo ser o pauperismo, em muitos casos, a consequência de doenças pelas quais não se podia responsabilizar o indivíduo, e ser a doença um importante fator de aumento do número dos pobres, concluiu ser econômico tomar medidas para prevenir a enfermidade. Além disso viu que informações estatísticas acuradas poderiam ser muito úteis na prevenção de doenças. Investigar os problemas e preparar terreno fértil para a ação eram os propósitos dos famosos inquéritos sanitários, públicos e privados, do século XIX. Já se conhecia o inquérito como instrumento para se obter informações durante o século XVIII e início do XIX, em particular sob a forma de inquérito regional de saúde ou topografia médica.

De início os inquéritos empreendidos pela Comissão da Lei dos Pobres se limitavam a Londres. Em 1839, o governo instruiu a Comissão que examinasse a saúde da população

trabalhadora na Inglaterra e País de Gales, depois estendeu isso até a Escócia. Em três anos reuniu-se um grande volume de informações na Grã-Bretanha. O relatório final da pesquisa apareceu em três volumes, sendo o volume sinótico, com o sumário dos achados e os passos para a ação remediadora.

O relatório era cheio de detalhes vívidos das condições existentes, com um esforço sério, distrito a distrito, para relacionar essas condições com variações nas taxas de mortalidade e com níveis econômicos. No relatório se expunha ainda, com clareza dogmática, uma teoria epidemiológica ajustada a muitos dos fatos conhecidos. Desse solo nasceram os princípios sobre os quais a reforma sanitária e a ação comunitária em saúde na Grã-Bretanha e nos Estados se sustentaram pelos próximos cinquenta ou sessenta anos.

Em toda a Grã-Bretanha crescia a preocupação com a saúde das cidades e, em particular, com a população trabalhadora. As revelações das décadas de 1830 e 1840 levaram diferentes grupos a agir, e através de legislação limitada, alguns até receberam o reconhecimento oficial. Os grupos usavam e desenvolviam a abordagem e os métodos introduzidos pelos reformadores do século XVIII. E em sua atuação se incluíam o esclarecimento e a formação da opinião pública e o empenho para atrair a atenção do governo e assim chegar à legislação remediadora. Ao longo do século XIX, os sanitaristas usaram essa abordagem, ainda hoje parte integral da ação comunitária em saúde. Esses esforços representam, em essência, os primeiros tipos de educação em saúde e organização comunitárias. É importante assinalar que esses aspectos da prática corrente da Saúde Pública se originaram nos primórdios do movimento pela reforma sanitária.

Os esforços anteriores das autoridades locais para melhorar as condições sanitárias tinham sido impedidos pela ausência de uma repartição central, a qual pudessem se dirigir em busca de orientação e auxílio. A criação do Conselho Geral de Saúde resolveu essa carência.

O Conselho tinha poderes para estabelecer conselhos locais de saúde, atendendo a uma petição de não menos de dez por cento dos pagadores de impostos, ou compulsoriamente, quando a taxa média de mortalidade em uma área, em um período de sete anos, ultrapassasse 23 por 1.000. Concedia-se autoridade aos conselhos locais para cuidar do abastecimento de água, do sistema de esgotos, do controle dos comércios ofensivos, da provisão e da regulamentação de cemitérios e de alguns outros assuntos. O departamento Central tinha, ainda, alguns poderes gerais para promover inquéritos e investigações sobre as condições sanitárias de distritos determinados.

Apesar da revolução industrial ainda estar na infância, já se acumulava evidências e movimentos para que a ação do Estado pudesse frear algumas das conseqüências da liberdade econômica. E enquanto a nova Lei dos Pobres criava um sistema de incentivos trabalhistas para a nova classe de trabalhadores fabris, leis sanitárias e leis fabris lançavam as fundações para a autoridade centralizada promover a saúde e o bem-estar humanos.

Assim a questão sanitária serviu como um eixo, em torno do qual se visualizam, em vários estágios de modificação, as doutrinas da liberdade econômica e do liberalismo político. Essa transformação não se deveu apenas ao crescimento do sentimento humanitário ou da consciência social. Resultou menos de uma preocupação pelo bem-estar do pobre do que pela crescente compreensão, a partir de 1850, de que as doenças endêmicas e epidêmicas, causadas por esgotamento imperfeito ou alimento estragado, eram um problema da comunidade inteira. Crescia, também, a consciência de que seus custos representavam uma forma de desperdício social eliminável.

“ A febre e o cólera são artigos caros, e se devem às residências imundas e à água tirada da vala, que não custam nada; a viuvez e a orfandade tornam dispendioso sancionar a existência de locais de trabalho mal ventilados e ocupações desnecessariamente fatais. A força física de uma nação está entre os principais fatores de sua prosperidade”.(ROSEN)

A aprovação do Ato da Saúde Pública, em 1875, efetivou a melhoria dos problemas administrativos, de unir a administração da Lei dos Pobres e a da Saúde Pública, e consolidar toda a legislação da Saúde Pública e a uniformização das repartições sanitárias locais. Esse Ato efetivou essas adaptações e pela primeira vez deu uma aparência de ordem, em escala nacional, à administração da Saúde Pública inglesa. O Ato dividiu o país inteiro em distritos sanitários, urbanos e rurais, sujeitos à supervisão do Conselho de Governo Local. Tanto quanto possível, as autoridades locais existentes se adaptavam ao novo padrão. Onde existisse, o conselho municipal passava a ser a autoridade sanitária local, e o mesmo aconteceu com os conselhos locais de comissários de melhorias. Ao mesmo tempo, cada distrito passou a ser obrigado a ter um médico de Saúde Pública.

As melhorias durante esse período não resultaram apenas da criação de um aparelho administrativo mais adequado. Um segundo fator residiu na existência de um grupo militante, de profissionais e leigos, que tinham identificado a natureza dos vários problemas da vida urbana e estavam ansiosos por vê-los corrigidos.

Com o crescimento do movimento da reforma sanitária na Inglaterra e a criação do Conselho Geral de Saúde em 1848, a liderança na teoria e na prática da Saúde Pública passou à mão dos britânicos. O impacto desse processo chegou à Europa e à América e, em graus variáveis, França, Bélgica, Prússia e outros Estados continentais sentiram seus efeitos.

Na Era Bacteriológica (1875 – 1950), a proteção da comunidade contra doenças transmissíveis e o saneamento foram de muita importância para a Saúde Pública. A ação comunitária ao longo dessas linhas, originárias do movimento da reforma sanitária e da bacteriologia, levou a um declínio da taxa de mortalidade na primeira década do século XX. Novas situações, no entanto, ampliaram os horizontes dos sanitaristas e dirigiram sua atenção para novas tarefas. Alguns concluíram que o saneamento de áreas urbanas tinha

pouca utilidade diante dos problemas de bem-estar de mães e crianças, da tuberculose, ou de uma série de outras dificuldades das classes mais pobres. Na passagem do século, essa consciência se alargou, ao menos nos Estados Unidos e em países da Europa ocidental.

Esse processo se deu em um mundo de industrialização crescente e de expansão das comunidades urbanas. As cidades se alastravam e o impacto da pobreza e do desemprego punha em relevo o desperdício de recursos humanos. Quanto mais se investigava as classes mais pobres, mais negativa se revelava sua situação sanitária e social. Reinava a desnutrição, a saúde e a aptidão física dos membros menos remunerados da classe trabalhadora eram imperfeitas. Havia alta mortalidade materna. E embora a mortalidade infantil tivesse caído, as condições de saúde das crianças que iam à escola e à pré-escola se mostravam muito ruins. Males semelhantes estavam presentes nas grandes cidades dos Estados Unidos.

Expansão industrial, crescimento urbano e uma nova onda de imigração coincidiram para criar áreas congestionadas, nas quais milhares de pessoas se amontoavam em moradias inadequadas, sem algumas das mais elementares exigências da vida civilizada. Pobreza, desnutrição, doença e vício se difundiam.

A riqueza acumulada nos países industrializados, Estados Unidos, Inglaterra, Alemanha, não melhorou a saúde do povo. Primeiro porque a distribuição era desigual. De um lado um pequeno número de líderes financeiros, na outra extremidade a pobreza total e a degradação, seguiam passo a passo o desenvolvimento econômico e social.

A repugnância diante do sofrimento humano não era nova e tinha sido um elemento de luta pela reforma sanitária e fabril. Segundo os princípios do liberalismo econômico, porém, durante a maior parte do século XIX se acreditava que o aumento da produção iria banir a escassez. Assim a pobreza seria eliminada e o sofrimento reduzido ao máximo. Na virada do século, a realidade inescapável de serem a pobreza, as doenças, o vício e o

sofrimento fenômenos urbanos em larga escala e sintomas de uma moléstia social de raízes mais profundas, tornou impossível sustentar a confiança nessa crença.

A preocupação com todas as fases da vida infantil foi uma característica do movimento por reformas sociais. Nos países industrializados da Europa ocidental e dos Estados Unidos esse esforço pelo bem-estar da criança começou a se distinguir na passagem do século. A ênfase residia na higiene para prevenção de doenças, no aperfeiçoamento da dieta e no oferecimento de cuidados pré-natais.

Motivações políticas, econômicas e humanitárias convergiam para tentar reduzir o grande desperdício de vidas de crianças. Pouco depois de 1870, em certos países da Europa ocidental, e um pouco mais tarde, na Inglaterra e Estados Unidos, há um decréscimo no número de nascimentos.

Na França, desde o século XVIII, os problemas de saúde da criança vinham merecendo atenção. A mortalidade infantil logrou ser diminuída por programas com ações especificamente direcionadas a conter o desperdício de vidas. Medidas como oferecer um prêmio a cada mãe cujo filho conseguisse viver até a idade de um ano foram instituídas. Assim, em Villiers-le-Duc, o prefeito conseguiu demonstrar a redução da mortalidade infantil com este programa que iniciara de trezentos para duzentos, por mil nascidos vivos. Ainda que nos anos seguintes esta medida tenha sido modificada, ao final do século o plano francês adotava um programa completo de bem-estar da maternidade e da criança. Toda mulher ao comunicar sua gravidez, recebia imediatamente a visita de um clínico, que mais tarde também examinava o recém-nascido e o atendia nas enfermidades; e a cada duas semanas se pesavam os bebês. Outra vez em Villiers-le-Duc décadas adiante, outro prefeito, filho do que iniciara o prêmio às mães, adota uma campanha para levar cada mãe a amamentar seu filho ao menos por um ano, e para se providenciar uma ama-de-leite se a mãe não pudesse amamentar. Além do mais, a comunidade mantinha um rebanho para

fornecer leite puro a mães e crianças. Esse programa alcançou tamanho êxito que, de 1893 a 1903, a taxa de mortalidade infantil em Villiers-le-Duc caiu a zero, ROSEN.

Pouca ou nenhuma ênfase foi dada à responsabilidade comunitária na promoção da saúde. Organizações privadas deram os primeiros passos nesse sentido. Em 1859, a Enfermaria para Mulheres e Crianças de Nova York nomeou uma “visitadora sanitária” com a função de “dar às mães pobres instruções simples e práticas sobre como cuidar das crianças e preservar a saúde de suas famílias”.

Começaram a surgir em rápida sucessão, instalação e programas para o cuidado dos bebês e das crianças, nos Estados Unidos e vários países europeus.

O leite, alimento fundamental, foi distribuído subsidiado, ou gratuitamente, e foram desenvolvidos processos e serviços para melhorar a sua qualidade e forma de conservação.

Ensinar as mães a cuidar de seus nenês, criar clínicas e prover leite puro eram os três elementos dos serviços de saúde da criança. Tinham como propósito dar às crianças um início de vida mais sadio.

Nos Estados Unidos veio o reconhecimento federal no campo da saúde infantil com uma Lei que criava uma Divisão das Crianças, encarregada de investigar e relatar “todos os assuntos referentes ao bem-estar das crianças e da vida infantil em todas as classes do nosso povo”. Essa iniciativa veio de Florence Kelley (1859 – 1932), participante de grupo que ao término do século XX se empenhava em refrear alguns dos piores abusos da industrialização; ficou a esta senhora o reconhecimento de ser a fundadora da enfermagem de Saúde Pública na América. Foi proposto também a criação de uma Comissão Nacional para cuidar de assuntos urgentes como mortalidade infantil, registro de nascimentos, orfandade, trabalho infantil, deserção, ilegitimidade e degeneração.

Um dos princípios sobre os quais a Divisão da Criança assentou seu programa foi o da impossibilidade de se proteger a infância sem proteger a maternidade. Mais de duas

décadas antes – em 1890 – Adolph Pinard (1844 – 1934), obstetra francês, havia estabelecido o primeiro “dispensário maternal” em Paris. Pinard tinha consciência da conexão entre o bem estar maternal e o infantil e propôs que a mãe fosse a enfermeira paga de seu filho; em outras palavras, a mãe, quando necessário, deveria receber uma pensão auxílio maternidade e outros subsídios, como garantia de que a criança receberia os cuidados devidos.

Progressivamente o final do século XIX nos países com florescimento maior do capitalismo vai firmando ações específicas a cada grupo populacional, consolidando as ações programáticas da saúde pública. Assim, na França, uma Convenção aprovou o princípio das inspeções médicas nas escolas. As inspeções médicas tinham como princípio supervisionar a saúde das crianças e cuidar das condições sanitárias dos prédios escolares.

Alemanha, Inglaterra, outros países europeus e Estados Unidos também instituíram esse serviço. Buscavam identificar doenças infecciosas, desnutrição, defeitos físicos, doenças de pele e de olhos (tracoma). Reconhecia-se a importância de se educar os pais e as crianças para se combater esses males. Uma vez despertado o interesse público pelos problemas de saúde da criança, os programas se espalharam por várias outras direções. O movimento pela merenda escolar, por exemplo, teve início em Nova York em 1908, como esforço para complementar a dieta de crianças subnutridas.

Diante dos problemas de saúde de mães e crianças, a educação é essencial. Para se atingir os objetivos, é necessário difundir o conhecimento e estimular a ação, a fim de, em última análise, promover mudanças no comportamento de indivíduos e grupos. Partindo dessa consciência, desenvolveram-se organizações técnicas e recursos humanos para se alcançar a comunidade como um todo, e grupos e indivíduos em particular. No trabalho com indivíduos ou pequenos grupos – na saúde da mãe e da criança, em tuberculose, em doenças venéreas ou em nutrição – era necessário formar um sanitarista capaz de ensinar e

de trabalhar com o povo, segundo as necessidades particulares da população. O primeiro e mais significativo desses profissionais é a enfermeira de saúde pública.

A enfermagem em saúde pública tem suas raízes no passado, a despeito de ser recente como prática formal. Uma delas, ao impulso didático do Iluminismo, foi o desejo de melhorar o nível de saúde dos pobres, dando-lhes informações para que eles ajudassem a si mesmos. A outra, foi a tradição de oferecer assistência médica e de enfermagem aos doentes pobres.

No início do século XIX se empreendera em várias comunidades européias e americanas, esforços para oferecer cuidados de enfermagem, no lar, para doentes pobres. A Inglaterra foi o primeiro país a desenvolver a enfermagem distrital. Em 1854, a Sociedade Epidemiológica de Londres promoveu um plano para treinar mulheres pobres a ir até a comunidade cuidar dos doentes. Sendo essa mulher da mesma classe social do paciente, ela seria, em tese, capaz de realizar um trabalho melhor. Isso tenderia ainda a aumentar o número de enfermeiras treinadas na comunidade. O plano fracassou, mas em 1859 se iniciou em Liverpool, um esquema para oferecer cuidados de enfermagem ao pobre. A cidade foi dividida em dezoito distritos e designou-se uma enfermeira e uma “ senhora visitadora” para cada um; essas duas mulheres combinavam as funções de enfermagem, educação em saúde e trabalho social.

Essa iniciativa atraiu a atenção e se seguiram várias associações de enfermagem. Fundou-se a Associação Metropolitana e Nacional de Enfermagem em 1874, em Londres, com a intenção de treinar enfermeiras para o trabalho distrital. Eventualmente a enfermagem distrital passou a ser nacional, mas permaneceu ligada a agências voluntárias.

Ao mesmo tempo se iniciou em Manchester a visitação sanitária, outra linha na origem da enfermagem em saúde pública. Outras comunidades seguiram Manchester e na virada do século existiam visitadoras sanitárias em muitas cidades.

A promoção da saúde e a prevenção da doença são responsabilidade do governo. No entanto, em muitas ocasiões a ação voluntária precedeu e até estimulou a presença oficial no campo da saúde. A ação de grupos privados ou indivíduos têm-se assentado, freqüentemente, em uma organização criada com o propósito de solucionar certos problemas de saúde comunitária. A ação voluntária em Saúde Pública não é fenômeno novo e ela se manifestou em períodos anteriores, em especial nos séculos XVIII e XIX.

Embora o movimento voluntário de saúde tivesse seu maior florescimento nos Estados Unidos, essas organizações não ficaram confinadas a esse país, nem nasceram ali.

As Agências de Voluntários de saúde criadas se ocupavam de estimular a saúde comunitária por meio da educação, em mostrar meios de melhorar os serviços de saúde, em fazer avançar pesquisas ou legislações referentes à saúde comunitária e em representar o interesse público.

Nos novos programas de saúde da mãe e da criança, saúde escolar, controle de tuberculose e das outras atividades afins, as agências de saúde, oficiais e voluntárias, se viram envolvidas em um programa de educação. Para promover a saúde e prevenir a doença era preciso combater a ignorância. Essa ênfase caracteriza o período iniciado ao término do século, e levou ao reconhecimento da importância da educação em saúde no programa de saúde comunitária.

Durante as décadas de 1880 e 1890, surgiu entre educadores um movimento de estudo no sentido de se entender a realidade da criança. Esse movimento se aliou ao ensino da fisiologia e da higiene nas escolas que, por volta de 1880, passou a ser lei. Com a divulgação dos efeitos negativos do uso do álcool e dos narcóticos, essa legislação tinha o objetivo de estimular a temperança. Mas tendo a redação das leis muita amplitude, foi possível incluir nas escolas também programas de merenda escolar, de saúde mental e

temas como a prevenção de acidentes. Essa foi uma influência positiva do poder público sobre a educação em saúde.

A compreensão da importância da educação na promoção da saúde e na prevenção da doença acompanhou também a aquisição de conhecimentos, como o entendimento crescente da fisiologia e da patologia da nutrição. Antoine Laurent Lavoisier (1743 – 1794) , cientista francês, de grande importância na criação da Química moderna, lançou as fundações científicas dessa matéria. Outras descobertas se associaram ao estudo do metabolismo, até que se classificou os nutrientes de animais e homens em três categorias: proteínas, carboidratos e gorduras. À partir daí os estudos sobre o metabolismo se tornaram mais precisos. O estudo da desnutrição até 1900, se concentrava no valor calórico dos alimentos. Carrol D. Wrigt (1840-1909), realizou estudos sobre o valor calórico e estabeleceu o padrão americano de exigência: cada homem deve consumir 3.500 calorias por dia. Passaram a ser estudados o valor nutricional dos alimentos e sua associação com algumas doenças e descobertos os “fatores nutricionais suplementares” ou as vitaminas, em pesquisas sobre raquitismo e escorbuto. Na terceira década desse século, a nutrição havia se transformado nos Estados Unidos, não apenas em um ramo importante da medicina preventiva mas também em um componente ponderável da indústria e do comércio, e em um instrumento maior da política social.

Assim esse longo período da industrialização que transforma o pensamento, a ética, as práticas da medicina e da saúde pública, foi aqui recortado com o sentido evidenciar a origem das questões que o século XX tratará com outras e atuais ações. A historicidade das práticas de saúde pública está vinculada a forma como se foram construindo ações de intervenções, vinculadas ao conceito de saúde e de como promovê-la.

1-4- Período contemporâneo, dos novos ambientes.

Nos países iniciadores da industrialização, as primeiras décadas estão marcadas pela progressiva focalização das ações de saúde pública em diferentes e diversos programas, sempre aperfeiçoados segundo as características particulares de suas expressões.

Por outro lado crescem os serviços de saúde especializados, muitos hospitais-maternidade na Grã-Bretanha abriram clínicas pré-natais. Nos Estados Unidos avançou-se muito na assistência à maternidade. Em 1935, 63% de todos os bebês nasciam fora de hospitais e 13% de todos os nascidos vivos não eram atendidos por médicos. Em 1956, quase 97% dos bebês nasciam em hospitais e 97% de todos os nascimentos registrados recebiam atendimento médico. Além disso, em média, as mulheres grávidas tinham tido nove consultas pré-natais com seus médicos. Atribuiu-se à consciência pública do valor da maternidade nestes países, aliada aos avanços no conhecimento médico, os declínios nítidos da mortalidade em mães e crianças e a melhora geral em sua saúde.

Com respeito aos trabalhadores, foram votadas na Inglaterra desde 1860 até o início do século XX, várias leis trabalhistas que tinham como finalidade proteger os trabalhadores das fábricas. Grande ênfase foi dada a regulamentação do trabalho das mulheres e das crianças. Nos Estados Unidos na década de 1910 a 1920, influenciado pelos países europeus, deu-se a incorporação da saúde ocupacional ao campo da Saúde Pública.

Nos atos em prol da saúde do trabalhador, foram identificadas as indústrias perigosas que passaram a sofrer processos de inspeção, foram exigidas instalações adequadas de higiene, ventilação, de segurança e de prevenção de envenenamentos. Essas iniciativas ocorreram devido aos esforços do conjunto do trabalho organizado de médicos, de líderes comunitários e de legisladores.

A responsabilidade de assistir ao pobre, que progressivamente aumentava face a natureza do processo produtivo e da organização social que se instalara, já aparecia manifesta na Inglaterra e no continente europeu desde o final do século XVII e XVIII. Progressivamente foi acrescida à esta responsabilidade de assistir, a necessidade de oferecer assistência médica em particular. As autoridades não estavam preparadas para enfrentar esses problemas, não havia uma organização formalizada para este fim, o que tornava a prática de se adotar iniciativas particulares, privadas, para exercer tarefas públicas comum e muitas vezes se contratavam médicos para cuidar dos pobres.

Na Inglaterra havia variações de freguesia para freguesia, às vezes o médico atendia todos os pobres, outras, apenas os que eram de responsabilidade legal da freguesia. Por vezes concordavam em distribuir os remédios, em outras se fazia um acordo com o boticário. Algumas freguesias pagavam por pessoa atendida, outras remuneravam pelo serviço. Esse tipo de sistema era popular porque servia para reduzir impostos e embora permitisse abusos, oferecia algum tipo de assistência. Mais tarde esse tipo de dinâmica iria influenciar propostas que surgiram posteriormente.

Ao mesmo tempo, outras propostas apareciam, como a que vinculava ao próprio pobre o pagamento pela sua assistência. Em 1697, Daniel Defoe, jornalista e romancista, em seu *Ensaio sobre Projetos*, dentre suas sugestões para o bem comum, delineava a “Proposta de uma Agência de Pensões”, como uma tentativa de ajudar o pobre. Muitos planos criativos foram propostos com a idéia de serviço nacional de saúde ou de esquema de seguros para assistência. Nestes planos se oferecia aos associados, em troca de um pagamento mensal, assistência médica, em casa ou no hospital. Pensou-se em associações de grupos, a preços reduzidos. Como medida de prudência, foi sugerido limites na admissão de membros e nos serviços para mulheres grávidas. Estariam excluídas as pessoas com doenças venéreas ou enfermidades sem cura. Os clínicos e cirurgiões seriam escolhidos

com muito cuidado e receberiam salários. Pacientes que preferissem o atendimento por um médico de fora da organização pagariam a conta. Uma farmácia forneceria os medicamentos. Haveria registros de todos os pacientes e os médicos prescreveriam dietas e drogas por escrito.

Na Inglaterra e na França surgiram vários planos de mútuo socorro, relacionados com os trabalhadores marítimos, carregadores de carvão, da indústria de vidro, etc.

Na Inglaterra a consciência da saúde das pessoas não advinha, em essência, de um ponto de vista humanitário. Moviam-na motivos práticos, pois se reconhecia o significado de uma força de trabalho doente como ameaça à saúde. Assim, enquanto o liberalismo econômico ainda defendia a filosofia social dominante, em 1870 o Conselho da Lei dos Pobres já pensava em instituir um sistema médico gratuito para todos os assalariados da Inglaterra. Ao mesmo tempo, persistiu até o século XX a crença de que o oferecimento de assistência médica aos pobres levaria à indigência e que portanto a assistência deveria manter-se apenas no âmbito da Lei dos Pobres.

Durante a segunda metade do século XIX aconteceram na Europa duas tentativas de resolver o problema da assistência médica a uma grande população que mudaram o padrão da assistência em uma vasta parte do mundo. Uma delas aconteceu na Rússia.

Em 1864 a Rússia organizou um sistema de serviços médicos públicos nos distritos rurais. A administração do bem-estar e da saúde passou à mão desses distritos ou conselho provincial ou distrital. As autoridades nomeavam médicos, cujos salários vinham de fundos de impostos, construíam hospitais e, quando não havia médicos, tentavam oferecer pessoal médico auxiliar. Por ocasião da Revolução de 1917, esse sistema, ao lado da prática privada da medicina, serviu como modelo para a organização médica na União Soviética. Esse sistema completo de serviços médicos e de saúde pública era sustentado por impostos e

oferecido a todo o povo. Com algumas modificações, países europeus e asiáticos adotaram esse sistema.

Uma outra via para a assistência médica a grupos de baixa renda foi seguida na Alemanha, quando Otto von Bismark inaugurou um modelo de segurança social, com seguro contra acidentes industriais, enfermidade, invalidez e velhice. O sistema tinha suas raízes na experiência germânica.

A passagem dos Estados Unidos de nação rural e agrária a nação urbana e industrial veio a ter um efeito profundo sobre suas instituições civis. O aspecto do compromisso do governo com a saúde só se fez sentir no século XX. No início do século a doença era considerada em grande parte um mal eliminável. Ela continuava a afligir a humanidade, não apenas em virtude do conhecimento incompleto de suas causas e da falta de higiene individual e pública, também as duras realidades econômicas e industriais e as condições de moradia infames a estimularam muito. Uma outra organização social poderia acabar com essas situações e, em conseqüência, com as doenças que elas originam. Nenhum dever da sociedade, através de suas agências de governo, se compara a essa obrigação de atacar as causas da doença, expressava relatórios da época. Eles ainda se referiam a redução da taxa de mortalidade como a principal expressão estatística, o principal indicador de progresso humano e social. Reduzir a mortalidade passava a representar aspectos mais inclusivos como a salvação e a extensão das vidas de milhares de cidadãos, a extensão do período de trabalho até a idade avançada e a prevenção da ineficácia, da miséria e do sofrimento. O esforço organizado poderia promover esses avanços.

Numerosos estudos revelaram o preço cobrado da sociedade pela doença. Para atender às exigências da expansão industrial e ao desafio da insegurança econômica, aprovaram-se leis de proteção às mulheres e crianças, surgiram esquemas de indenização de trabalhadores, suscitou-se o interesse pela organização da assistência médica. E cada

vez mais o governo assumiu a responsabilidade de animar a ação dos estados e das localidades.

Essa evolução não é peculiar aos Estados Unidos, mas uma evolução universal, originadora do Estado moderno, com seu interesse pelas necessidades individuais, familiares e comunitárias, de seguridade social e serviços organizados.

Na primeira década do século XX, já não se considerava a pobreza como punição “natural” dos pobres por seus defeitos mas como uma doença social. E também crescia a consciência da necessidade, para a saúde da economia nacional, de se enfrentar as suas conseqüências.

A necessidade de eficiência nacional e de planejamento na utilização de recursos levou os governos centrais a assumirem sua responsabilidade, e a se interessarem por serviços de saúde e de nutrição e pela seguridade social. Em geral, cada sistema de administração se concentrava em um ministério ou departamento nacional. Na Inglaterra, aprovou-se em 1919, o ato do Ministério da Saúde abolindo o Conselho do Governo Local. A maior parte de várias funções sanitárias de outros departamentos passou ao novo ministério, cujo alcance ia além do conceito de saúde no sentido estrito, pois suas responsabilidades incluíam, por exemplo, a habitação, a administração da lei dos pobres, o esquema de seguro-saúde e a administração local, pesquisas e medidas relativas à saúde de todo o povo.

No mundo inteiro, a relação entre serviços de saúde nacional e os serviços e as equipes locais varia muito. Por outro lado, a complexidade crescente da vida social, em particular nos países de economia mais avançada, revelou problemas novos, ainda sem solução. Médicos e outros grupos profissionais que no Estado liberal haviam gozado de muita autonomia, viam-se envolvidos em seu trabalho num contato mais íntimo com

autoridades públicas. Esse problema diz respeito também à relação entre as ações das autoridades públicas e das associações voluntárias.

Para aproximar do povo o trabalho em saúde, se desenvolveram durante a segunda e terceira décadas do século XX os conceitos de distrito sanitário e de centro de saúde. Essas concepções se puseram em prática de várias maneiras, em países diferentes.

Nos Estados Unidos, à proporção que aumentava a eficiência dos métodos de controle da tuberculose, começou-se a pensar em modos e meios de os estender ao maior número de pessoas, contribuindo para que o conceito de distrito sanitário se formasse. Entre 1910 e 1915 os esforços para relacionar os serviços de uma população delimitada ou à população de uma área definida começaram a se concretizar; logo se compreendeu a necessidade de um foco de administração, de um Centro de Saúde.

Enquanto os tipos de centros de saúde e seus alcances variavam muito, as décadas subseqüentes foram testemunhas de muita evolução e experimentação. O principal meio de sustento desses centros vinham de fundos públicos, e as caixas comunitárias e fundos privados ou voluntários os suplementavam.

O Dr. Joseph W. Mountain (1891-1952), defendeu a abordagem fundamentada na crença de que os hospitais e os departamentos de saúde deviam combinar ou coordenar instalações e recursos para oferecer um serviço de saúde mais completo; e assim propôs a aproximação de Centro de Saúde e Hospital Geral.

Em Nova York, depois de 1929, se iniciou um programa de administração distrital da saúde e, à partir de 1930, se instituíram vários Centros de Saúde.

Seguiram-se o estabelecimento de serviços semelhantes aos dos Estados Unidos em vários outros países. Na Inglaterra, na vigência do Ato do Ministério da Saúde, de 1919, um conselho consultivo de serviços médicos tinha sido designado. O conselho apresentou um relatório recomendando a criação de um sistema de centros de saúde de duas categorias;

um em que se ofereceria assistência preventiva e curativa, por clínicos gerais, enfermeiras, parteiras, dentistas e assim por diante; e outro com serviços de especialistas e consultores. Os centros começaram a aparecer apenas nos anos trinta.

Os Centros de Saúde surgiram e continuam a surgir em muitas partes do mundo. Em anos recentes, diversos países da América do Sul os criaram.

Os primeiros cinquenta anos do século XX testemunharam uma tendência mundial de aperfeiçoamento da saúde comunitária. Esse avanço, entretanto não se mostrou uniforme no interior das comunidades, ou nas várias partes do mundo.

Um grupo grande de países, em geral subdesenvolvidos no sentido econômico e tecnológico, ainda tem problemas de doenças enfrentados pelos países da Europa Ocidental e Estados Unidos cinquenta anos atrás. Ainda não resolveram problemas de controle de doenças infecciosas, de abastecimento de água pura, de esgotamento sanitário e da elevação do nível de vida. Em verdade se há muito a fazer na área de saneamento, de controle de doenças comunicáveis, educação em saúde e nutrição, apareceu ainda um conjunto de novas ameaças. As questões ambientais como a da poluição atmosférica, que tem efeitos daninhos à saúde individual e comunitária. A proteção contra os danos da radiação e criação de ambientes de trabalhos sadios para os que trabalham com energia nuclear. As questões de habitação, os aspectos sanitários do lar são muitos e ainda inexplorados. Trabalhos recentes em medicina social e preventiva renovam a ênfase na importância da família para a saúde e na prevenção e tratamento de uma enfermidade. A evidência aponta para a associação entre habitações apinhadas e deterioradas e a carência de saúde física e mental. O problema da moradia, como da assistência médica, é em essência econômico; muitos países industriais se empenharam em oferecer, por meio de um sistema de subsídios governamentais para habitações de aluguel baixo, casas decentes aos moradores de cortiços.

A despeito da criação das habitações de baixo custo, os cortiços continuam a existir e a questão de moradia é uma das mais presentes na mente do sanitarista. No entanto, a natureza complexa desse problema envolve a ação do governo em vários níveis, e a participação de agências relacionadas não apenas com a saúde, mas com a proteção contra o fogo, a engenharia de tráfego, as escolas, a recreação e outras.

Este período contemporâneo está demarcado por características que, originárias no período precedente, vão assumindo peculiaridades próprias, sempre relacionadas por um lado pela forma com que o sistema capitalista se institui na reorganização das sociedades, por outro pela incorporação de crescentes e novos processos tecnológicos.

A atividade assistencial vai assumindo o legado que a prática da medicina clínica institui sempre rumo a especialização, com custos cada vez mais expressivos. A preocupação com a saúde passa ser questão progressivamente acrescentada de valor ético e não mais individual mas social, tornando-se vinculada a uma organização pública ou estatal.

CAPÍTULO II

2 - A PROMOÇÃO DA SAÚDE E AS CARTAS: DE INTENÇÕES ESCRITAS À OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES

Nesse capítulo serão ainda identificados a evolução dos conceitos e os principais movimentos internacionais que marcaram, na saúde pública, reflexões sobre a consequência da atuação dos sistemas de saúde nacionais; sistemas estes organizados a partir da assistência à saúde, impregnada pela densidade tecnológica, que focalizou o tratamento e cura de doenças. O esgotamento do modelo biologicista e a necessidade de oferecer acesso à saúde a toda a população, a desigualdade que existe entre o estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, a ineficiência das políticas determinadas pelo desenvolvimento econômico para proteger a saúde, mobilizou um movimento internacional em prol da Promoção da Saúde que será sintetizado aqui.

A partir do Canadá, com Lalonde (1974), e com a Declaração de Alma Ata (1978), começaram a suceder-se Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, que vêm produzindo Declarações, ampliando e aprofundando reflexões e consensos em torno da discussão da saúde pública e das políticas públicas, com a ênfase na gestão para a saúde e bem estar da população.

Também será vista a operacionalidade que está se construindo a partir dos conceitos e princípios e que está sendo testada e implementada em vários países.

A Promoção da Saúde, enquanto conceito, está se constituindo aqui como a resina agregadora de um mosaico composto por princípios, requisitos, responsabilidades, proposições de ação e compromissos para se alcançar a meta de Saúde para Todos e a elevação da qualidade de vida e bem estar da população.

2.1 – As Cartas Internacionais

Na segunda década do século passado, o conceito de promoção da saúde expressado na Saúde Pública refere-se a “um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorarão as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a todos os níveis de vida adequados para a manutenção e o melhoramento da saúde” (Wislow 1.921 e 1923).

Nos anos quarenta(1945), Henry E. Sigerist, o grande historiador médico, volta a propor a promoção da saúde como uma das quatro tarefas essenciais da medicina: *a promoção da saúde, a prevenção de enfermidades, o restabelecimento dos doentes e a reabilitação*. Afirmou ainda que: *“a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de diversão e descanso”*, o que dependia de um esforço coordenado dos políticos, dos setores de trabalho e industrial, dos educadores e dos médicos.

Mas, ainda antes, em 1942, na lista de aspectos fundamentais para se incluir em um programa nacional de saúde situou em primeiro lugar a educação gratuita de todas as pessoas, incluindo a educação para a saúde, seguida de melhores condições de trabalho e moradia, em terceiro lugar os melhores meios possíveis de descanso e diversão, em quarto lugar a atenção médica e em quinto a investigação e a formação. (39)

No início da década de 70, diversos eventos e documentos apresentaram uma análise da situação de saúde a nível mundial, e influenciaram o pensamento e a prática da saúde pública. Um desses documentos foi o *Informe Lalonde*, publicado pelo governo do Canadá em 1974, por ocasião da reforma do sistema de saúde daquele país. Ele foi a primeira

declaração teórica geral da saúde pública surgida dos descobrimentos feitos no campo da epidemiologia e das enfermidades não infecciosas.

Contraopondo a estreita perspectiva de que a ciência da medicina tem sido o manancial de onde tem surgido todos os progressos da saúde, Marc Lalonde, então ministro da saúde, introduz o conceito de “**campo de saúde**”, que se configura como um ponto aglutinador de novas perspectivas.

Em seu documento Lalonde questiona: a) a utilização tecnológica surgida no campo da medicina desvinculada de outras determinações relacionadas à saúde enquanto estratégia de Saúde Pública, b) a aplicação da análise de custo benefício das práticas voltadas exclusivamente à organização de redes de serviços assistenciais.

Em sua nova formulação de “**campo de saúde**” ele, *propõe a inclusão de quatro amplos componentes: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção a saúde como parte da dimensão ampliada através da qual a saúde deva ser abordada nas políticas*. Esses componentes foram identificados nas causas e fatores básicos de morbidade e mortalidade no Canadá, e foi identificado o modo que cada um afetava o grau de saúde do país. Desta forma “*campo de saúde*” como conceito, inclui características que o tornam com possibilidade instrumental, pois vincula a determinação das necessidades de saúde e a seleção dos meios para satisfazer essas necessidades partindo da análise dos problemas de saúde. Assim a grande contribuição desta visão unificada foi *relacionar as determinações como parte do processo para buscar a melhoria das condições de saúde e a orientação preventiva*, que fez do “Informe Lalonde” uma nova perspectiva para a intervenção em saúde pública quando com clareza afirma:

Até agora quase todos os esforços feitos pela sociedade para melhorar a saúde e a maioria dos gastos diretos em saúde têm se centrado na organização dos serviços de atenção sanitária. No entanto, quando identificamos as principais causas atuais de enfermidades e morte no Canadá, vemos

que estão centradas nos três elementos do conceito: biologia humana, meio ambiente e estilos de vida. Portanto, é evidente que estão gastando grandes somas no tratamento de enfermidades que poderiam ter sido evitadas.

Em última análise estava sendo apontado o papel menos relevante exercido pelo fator de organização da atenção, em relação aos demais fatores.

Com base no conceito de Campo de Saúde, foram propostas cinco estratégias: 1) uma estratégia de promoção da saúde, 2) uma estratégia reguladora, 3) uma estratégia de investigação, 4) uma estratégia de eficiência da atenção sanitária e 5) uma estratégia de estabelecimento de objetivos.

A estratégia de promoção da saúde foi orientada para a modificação dos estilos de vida.

Ainda na década de 70, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata (1978), em seu capítulo I “reafirma enfaticamente que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde”.

Enuncia em seu bojo, ao considerar sobre os cuidados primários de saúde que:

- refletem as condições econômicas e as características sócio-culturais e políticas do país e de suas comunidades e a partir delas evoluem,

- necessitam da participação dos povos no planejamento e na execução de seus cuidados em saúde,

- devem ter em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades,

envolvendo todos os setores relacionados com o desenvolvimento nacional e comunitário, que devem ter seus esforços coordenados,

- devem ser apoiados por sistemas de referência integrados para levar à melhoria dos cuidados gerais de saúde, priorizando os que tem mais necessidade.

Embora centrada na organização da atenção primária em saúde, o seu enunciado no capítulo I levanta a magnitude do processo de construção da saúde, que também servirá de base para a I Conferência de Promoção da Saúde em Ottawa (Canadá), em 1986.

Continuando a identificação dos marcos na trajetória que vai reconstruindo o conceito de promoção pela perspectiva de seu componente operativo, Carol Buck em 1984, portanto após 10 anos da publicação do Informe Lalonde, analisa suas recomendações e sua efetiva implementação, concluindo pela ausência de mudanças profundas na expressão das políticas de saúde. Essa leitura analítica da realidade trouxe junto a proposição de nova perspectiva que se agrega ao conceito, o que denomina de “**o entorno**”, que faz ressaltar a dimensão que deverá ser também ser apreendida nas relações de determinação da saúde.

A autora considera “*o entorno*” como o mais importante dos quatro elementos do “campo da saúde” de Lalonde: “*se o entorno não é adequado, tampouco seriam a biologia humana, o estilo de vida e a organização da atenção sanitária*”.

Afirma que as preocupações das pessoas no campo da saúde são muito específicas e não absorvem habitualmente a compreensão entre a relação existente entre saúde e suas inquietudes como cidadãos, e que enquanto não se estabelecer essa relação, “não se tomarão medidas necessárias para a criação da saúde”.

Identifica fatores do “entorno” que podem constituir obstáculos para a saúde, denominando-os de **entornos perigosos**, a violência, a segurança dos meios de locomoção, as condições de risco no trabalho, a contaminação do ar e da água.

Pelo oposto os **entornos protetores** denomina de *necessidades básicas, e de amenidades*, considerando que as necessidades básicas dos homens são comer , vestir-se e “ abrigar-se” . A falta de alimentação adequada, de moradia adequada, tem efeitos e expõem as pessoas a riscos. Desta forma também faz referência à falta de *amenidades* como *algo que contribui para facilitar e tornar a vida agradável*”.

Considera: “precisamos de amenidades, o transporte, o relaxamento, a beleza e a distração para desenvolvermos o nosso potencial humano”.

Identifica como fundamental o *trabalho*, enfatizando as características do *estresse* , e da falta de *gratificação* e *despersonalização* como fatores nocivos à saúde. Para muitos, afirma a autora, o trabalho não supõe uma satisfação criativa, a revolução industrial eliminou alguns trabalhos mais esgotantes mas também o tornou muito mais monótono e repetitivo. Ainda considera que “pouca coerência pode haver em uma vida que oscila entre o trabalho não gratificante e o desemprego”. Reafirmando a condição humana como naturalmente social, aponta o *isolamento* e a *alienação* como condições de adoecimento. O homem sendo um ser gregário por natureza, tem que ter a oportunidade de dar e receber afeto, ajuda e informação.

Finalmente considera a *pobreza* como potencializadora de todos os obstáculos à saúde anteriormente referidos. São os pobres que vivem em entornos perigosos , os que não podem satisfazer suas necessidades básicas e carecem de amenidades , os que ocupam postos de trabalho estressantes e não gratificantes , quando empregados, e os que estão isolados das fontes de informação e de estímulo. Considera que não será possível melhorar os outros elementos do campo de saúde de Lalonde sem mudar o entorno, pois todos eles estão inseparavelmente unidos à ele.

Em 1986, Ilona Kickbush, depois de promover estudos e análises para compreender o que estava se passando com a “promoção da saúde”, no que diz respeito a programas e

políticas e, tendo considerado o Canadá como um país produtor de renovações no campo da saúde, elaborou na Oficina Regional da OMS para a Europa um documento discutindo tanto o conceito como os princípios da promoção da saúde. Esse documento afirma ser a *promoção da saúde, o processo que permite às pessoas adquirir maior controle sobre sua própria saúde e ao mesmo tempo melhorar essa saúde*. Essa perspectiva deriva da adoção de se conceituar “saúde” como a magnitude em que um indivíduo ou grupo podem, por um lado realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades e por outro mudar seu entorno ou enfrentá-lo. Portanto, a *saúde está sendo considerada como um recurso aplicável à vida cotidiana e não como objeto dessa vida; afirmando um conceito positivo que se apoia nos recursos sociais, pessoais e também na capacidade física*.

Cinco pontos são assinalados como princípios fundamentais da promoção da saúde:

- 1- a promoção da saúde afeta a população em seu conjunto no contexto de sua vida diária e não se centra nas pessoas que correm o risco de sofrer determinadas enfermidades;
- 2- a promoção da saúde pretende influir nos determinantes ou causas da saúde;
- 3- a promoção da saúde combina métodos e enfoques distintos mas complementares;
- 4- a promoção da saúde se orienta especificamente para conseguir a participação concreta e específica da população;
- 5- os profissionais da saúde (particularmente no campo da atenção primária) devem desempenhar um papel de grande importância na defesa e facilitação da promoção da saúde.

E cinco áreas temáticas foram relacionadas:

- 1- Acesso à saúde.
- 2- Desenvolvimento de um entorno facilitador da saúde.
- 3- Reforço de redes e apoios sociais .

4- Promoção dos comportamentos positivos para a saúde e das estratégias de enfrentamento adequados , um objetivo essencial para a promoção da saúde.

5- Aumento dos conhecimentos e difusão da informação relacionada com a saúde.

A partir desse documento foi criado um grupo de estudo em 1985, do qual fizeram parte representantes de várias partes do mundo, tendo apresentado duplo resultado. Em primeiro lugar a conclusão que esse documento poderia aplicar-se a países diferentes dos industrializados. Em segundo lugar, seria de grande valor reunir as experiências sobre promoção da saúde obtidos pelos países industrializados, no que se refere a programas e políticas.

Deste modo nasceu a idéia da 1ª Conferência Internacional importante de Promoção da Saúde que deveria celebrar em Ottawa no Canadá em novembro de 1986, com o patrocínio conjunto do Ministério da Saúde e Bem Estar Social do Canadá , da Organização Mundial de Saúde e da Associação Canadense de Saúde Pública. Esta Conferência foi, antes de tudo, uma resposta à crescente demanda de uma nova concepção da saúde pública no mundo. Ela tomou como ponto de partida os progressos alcançados como consequência da Declaração de Alma Ata sobre a atenção primária, o documento “Os Objetivos da Saúde para Todos” da Organização Mundial de Saúde e o debate sobre a ação intersectorial para a saúde desenvolvido na Assembléia Mundial de Saúde.

A Conferência reuniu mais de 200 delegados de 38 países participantes, para compartilhar as suas experiências sobre programas e políticas de promoção da saúde. Favoreceu um diálogo entre profissionais de saúde e de outros setores, entre representantes dos organismos governamentais, comunitários e associações beneficentes, assim como políticos, administradores e técnicos sanitários. Os participantes coordenaram os seus esforços para definir claramente os objetivos futuros e reforçar seu compromisso individual e coletivo para o objetivo comum da “Saúde para Todos no Ano 2.000”.

A Carta de Ottawa assim define Promoção da Saúde:

“A promoção da saúde consiste em propiciar aos povos os meios necessários para melhorar a sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Para alcançar um estado adequado de bem-estar físico, mental e social um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar as suas aspirações, de satisfazer suas necessidades e de mudar ou adaptar-se ao meio ambiente. A saúde se percebe então, como o objetivo, senão como a fonte de riqueza da vida cotidiana. Trata-se portanto de um conceito positivo que acentua os recursos sociais e pessoais assim como as aptidões físicas. Por conseguinte, dado que o conceito de saúde como bem-estar transcende a idéia de formas de vidas sadias, a promoção da saúde não concerne exclusivamente ao setor sanitário”.

Estabelece os pré-requisitos para a saúde:

“As condições e requisitos para a saúde são: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema sustentável, a justiça social e a equidade. Qualquer melhora da saúde deve basear-se necessariamente nestes requisitos”

Propõe a promoção do conceito: “Uma boa saúde é o melhor recurso para o progresso pessoal, econômico e social e uma dimensão importante da qualidade de vida”. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, do meio ambiente, de conduta e biológicos podem intervir a favor ou em detrimento da saúde. O objetivo da ação para a saúde é fazer com que essas condições sejam favoráveis.

A promoção dos meios: “A promoção da saúde está centrada em alcançar a equidade sanitária. Sua ação se dirige a reduzir as diferenças no estado atual de saúde e a assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios que permitam a toda a população desenvolver ao máximo sua saúde potencial”.

Atuação como mediador: “O setor sanitário não pode por si mesmo proporcionar as condições prévias nem assegurar as perspectivas favoráveis para a saúde e, além do mais, a promoção da saúde exige a ação coordenada de todos os implicados: os governos, os setores sanitários e outros setores sociais e econômicos, as organizações beneficentes, as

autoridades locais, a indústria e os meios de comunicação. Aos grupos sociais e profissionais e o pessoal sanitário corresponde especialmente assumir a responsabilidade de atuar como mediadores entre os interesses antagônicos e a favor da saúde”.

Enuncia como linhas de ação da Promoção da Saúde:

Elaboração de Políticas Públicas Saudáveis

Criação de Ambientes Favoráveis à Saúde

Reforço da Ação Comunitária

Desenvolvimento de Habilidades Pessoais

Reorientação dos Serviços Sanitários

Enuncia ainda alguns princípios: “A saúde se cria e se vive no marco da vida cotidiana: nos centros de ensino, de trabalho e de lazer. A saúde é resultado dos cuidados que se dispensa a si mesmo e aos demais, da capacidade de tomar decisões e controlar a própria vida e de assegurar que a sociedade em que se vive ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozar de um bom estado de saúde.

O cuidado do próximo, assim como um planejamento holístico e ecológico da vida, são essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde. Assim os responsáveis de por em prática e avaliar as atividades de promoção da saúde devem ter presente o princípio da igualdade dos sexos em cada umas das fases de planificação.”

Essa conferência trouxe a ampliação da concepção de promoção da saúde, incorporando a importância e o impacto das dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde.

Seguiram-se outras quatro conferências que aprofundaram mais as discussões sobre os aspectos enunciados na carta de Ottawa.

A Segunda Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde aconteceu em Adelaide (Austrália) em abril de 1988. A Declaração colocou uma nova direção às políticas

de saúde, pela ênfase no envolvimento das pessoas, na cooperação entre setores da sociedade e pela atenção primária em saúde como suas fundações.

Esta carta colocou o desafio de se mover em direção a uma nova saúde pública, pela reafirmação da *justiça social* e da *equidade* como pré-requisitos para a saúde e a “*defesa*” (*advocacy*) e a *mediação* como os processos para poder atingi-las. Reafirmou as cinco linhas de ação da Carta de Ottawa, consideradas interdependentes, mas que as *políticas públicas saudáveis estabelecem o ambiente* para que as outras quatro possam tornar-se possíveis.

Sobre as Políticas Públicas enuncia:

“Políticas públicas saudáveis são caracterizadas por uma preocupação explícita com relação a saúde e equidade em todas as áreas de política e por uma responsabilização (*accountability*) com relação ao seu impacto sobre a saúde. O alvo principal das políticas públicas saudáveis é a criação de um ambiente que permita às pessoas levar vidas saudáveis. Tais políticas tornam as escolhas em saúde possíveis ou mais fáceis para os cidadãos. Elas fazem com que os ambientes social e físico melhorem a saúde. Na busca de uma política pública saudável, os setores de governo relacionados à agricultura, comércio, educação, indústria e comunicações precisam levar em consideração que a saúde é um fator essencial na formulação das políticas. Esses setores devem ser responsabilizados pelas consequências à saúde de suas decisões nas políticas. Eles devem prestar tanta atenção à saúde quanto à economia.”

Sobre o *valor da saúde*: “A saúde é tanto um direito humano fundamental quanto um visível investimento social. Governos precisam investir recursos nas políticas públicas saudáveis e na promoção da saúde, de modo que seja aumentado o status de saúde de seus cidadãos. Um princípio básico da justiça social é assegurar que as pessoas tenham acesso aos fundamentos para a saúde e para uma vida satisfatória. Ao mesmo tempo, isso

aumenta a produtividade global da sociedade tanto em termos econômicos quanto sociais. Políticas públicas saudáveis em um curto prazo levarão a benefícios econômicos de longo prazo.”

Sobre *equidade, acesso e desenvolvimento*: “Desigualdades em saúde têm suas raízes nas iniquidades na sociedade. Para diminuir o distanciamento em saúde entre pessoas social e educacionalmente em desvantagem e pessoas em situação de maior vantagem, requer-se uma política que melhore o acesso a bens e serviços que melhorem a saúde, e que crie ambientes de suporte. Tal política deve priorizar os grupos desprivilegiados e vulneráveis.”

Sobre a *responsabilização na saúde*: “O desenvolvimento de políticas públicas saudáveis é tão importante nos níveis locais de governo quanto nacionalmente. Governos devem explicitar metas de saúde que enfatizem a promoção da saúde.

A responsabilização pública na saúde é um nutriente essencial para o crescimento das políticas públicas saudáveis. Governos e outros controladores de recursos são finalmente responsabilizados por suas populações com relação às conseqüências à saúde de suas políticas ou da falta delas.... A ação comunitária é central para o incentivo às políticas públicas saudáveis.”

Na *atenção à saúde*, “as políticas públicas saudáveis respondem aos desafios em saúde colocados por um mundo cada vez mais dinâmico e tecnologicamente mudando, com suas complexas interações ecológicas e crescentes interdependências internacionais. Muitas das conseqüências desses desafios não podem ser remediadas por uma atenção à saúde presente e previsível. Os esforços de promoção da saúde são essenciais e requerem uma abordagem integrada do desenvolvimento social e econômico, a qual restabelecerá os laços entre as reformas sociais e da saúde”.

Quanto aos *parceiros no processo das políticas*, “os governos desempenham um papel importante na saúde, mas a saúde é também fortemente influenciada por interesses

corporativos e de negócios, por organismos não-governamentais e organizações comunitárias. Sindicatos, comércio e indústria, associações acadêmicas e líderes religiosos possuem muitas oportunidades para agir sobre os interesses em saúde de toda a comunidade”.

Tem como *áreas de ação* prioritárias para as políticas públicas saudáveis:

Apoio à saúde das mulheres, que inclui propostas para:

- Compartilhamento igual do trabalho relacionado à atenção aos filhos que é desempenhado na sociedade;
- Práticas de nascimento baseadas nas preferências e necessidades das mulheres;
- Mecanismos de apoio para os trabalhos relacionados à atenção aos filhos, tais como o apoio a mães com crianças, licença parental e licença para a atenção à saúde de dependentes.

Alimentação e Nutrição: “a eliminação da fome e da desnutrição é um objetivo fundamental das políticas públicas saudáveis.... Uma política de alimentação e nutrição que integre fatores agrícolas, econômicos e ambientais para assegurar um impacto positivo sobre a saúde nacional e internacional deve ser prioridade para todos os governos.”

Redução da produção, propaganda e do consumo de tabaco e do álcool.

Criação de *ambientes de suporte*: “o gerenciamento ambiental deve proteger a saúde humana dos efeitos adversos, diretos e indiretos, de fatores biológicos, químicos e físicos, bem como deve reconhecer que mulheres e homens fazem parte de um complexo ecossistema. Os recursos naturais extremamente diversos, mas limitados, que enriquecem a vida, são essenciais para a raça humana.”

A terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em junho de 1991, em Sundsvall (Suécia), teve como tema central Ambientes Favoráveis à Saúde. Teve a participação de 81 países, e conclama a todos os povos, nas diferentes partes do

globo, a se engajarem ativamente na promoção de ambientes mais favoráveis à saúde. Ao examinar, a situação atual da saúde e do meio ambiente, a Conferência aponta para a situação de milhões de pessoas que vivem em extrema pobreza e privação, em um ambiente altamente degradado que ameaça cada vez mais sua saúde, fazendo com que a meta de Saúde para Todos no Ano 2.000 torne-se extremamente difícil de ser atingida. O caminho deve ser tornar o ambiente – físico, social, econômico ou político – cada vez mais propício à saúde.

Faz um chamado para a ação dirigido a todos os formuladores de políticas e tomadores de decisões em todos os setores relevantes e em todos os níveis. Defensores e ativistas da saúde, do meio ambiente e da justiça social são solicitados para formar uma ampla aliança em busca da meta comum de Saúde Para Todos.

Considera que as iniquidades são refletidas num distanciamento cada vez mais amplo na saúde dentro de nossas nações e entre países ricos e pobres. Ações para alcançar a justiça social são urgentemente necessárias. Milhões de pessoas vivem em extrema pobreza e privação, em ambientes cada vez mais degradados, tanto nas áreas urbanas quanto nas rurais. O rápido crescimento populacional é uma das principais ameaças ao desenvolvimento sustentável. Pessoas devem sobreviver sem água limpa, comida adequada, abrigo ou saneamento.

“ A pobreza frustra as ambições e sonhos das pessoas para a construção de um futuro melhor, enquanto um acesso limitado a estruturas políticas mina a base para a auto-determinação. Para muitos, a educação não está disponível ou é insuficiente, ou em suas formas presentes, falha em habilitar (enable) e “empoderar” (empower). Milhões de crianças não tem acesso à educação básica e possuem pouca esperança, de um futuro melhor. Mulheres, a maioria da população mundial, são ainda oprimidas. Elas são exploradas

sexualmente e sofrem de discriminação no mercado de trabalho e em muitas áreas, impedindo que elas desempenhem um papel completo na criação de ambientes de suporte.

Mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo possuem um acesso inadequado à atenção essencial à saúde. Os sistemas de atenção à saúde, indubitavelmente, precisam ser fortalecidos. A solução para esses problemas maciços está na ação social para a saúde e nos recursos e na criatividade dos indivíduos e de suas comunidades. A liberação desse potencial requer uma mudança fundamental em nosso modo de encarar a nossa saúde e nosso meio ambiente, bem como um claro e forte comprometimento político de saúde e ambientes sustentáveis. As soluções vão além do sistema de saúde tradicional....A ação deve envolver, predominantemente, setores como educação, transporte, habitação e desenvolvimento urbano, produção industrial e agricultura”.

Define ambientes de suporte para a saúde como os referentes tanto aos aspectos físicos quanto sociais de nosso entorno. Eles englobam os locais em que as pessoas vivem, suas comunidades locais, suas casas, seus locais de trabalho e de lazer. Eles também englobam a estrutura que determina o acesso a recursos para a vida e oportunidades de “empoderamento”.

A Conferência focalizou quatro aspectos dos ambientes de suporte:

1. A dimensão social, que inclui as formas pelas quais as normas, os costumes e os processos sociais afetam a saúde.
2. A dimensão política, a qual requer que os governos garantam a participação democrática na tomada de decisões e a descentralização de responsabilidades e de recursos. Também é requerido um comprometimento com direitos humanos, paz e retirada dos recursos da corrida armamentista.

3. A dimensão econômica, que requer a reorientação de recursos para o alcance da Saúde para Todos e do desenvolvimento sustentável, incluindo a transferência de tecnologia segura e confiável.

4. A necessidade de reconhecer e utilizar as habilidades e os conhecimentos das mulheres em todos os setores, inclusive na formulação de políticas, e na economia tendo em vista o desenvolvimento de uma infra-estrutura mais positiva para os ambientes de suporte. A sobrecarga do volume de trabalho das mulheres deve ser reconhecida e compartilhada entre homens e mulheres. Organizações baseadas nas comunidades de mulheres devem possuir uma voz mais forte no desenvolvimento das políticas e das estruturas de promoção da saúde.

A Conferência de Sundsvall acredita que as propostas para implementar a Saúde para Todos devem refletir dois princípios básicos:

1 . A equidade deve ser uma prioridade básica na criação de ambientes que apóiam a saúde, liberando energia e força criativa para essa iniciativa única, pela inclusão de todos os seres humanos. Todas as políticas que visem um desenvolvimento sustentável devem ser sujeitas a novos tipos de procedimentos de responsabilização (accountability), de modo a alcançar uma distribuição equitativa de responsabilidades e de recursos.

2 . A ação pública para ambientes que apóiam a saúde deve reconhecer a interdependência de todos os seres vivos e deve gerenciar todos os recursos naturais, levando em consideração as necessidades das gerações futuras.

A Conferência identificou quatro ações públicas chaves para promover a criação de ambientes de suporte ao nível das comunidades:

1 . Fortalecimento da defesa (*advocacy*) mediante a ação comunitária, particularmente por intermédio de grupos organizados por mulheres.

2 . Habilitando (*enabling*) comunidades e indivíduos a desempenharem controle sobre sua saúde e sobre o ambiente, através da educação e do “empoderamento” (*empowerment*).

3 . Construção de alianças para a saúde e ambientes de suporte, de forma a fortalecer a cooperação entre as estratégias e as campanhas de saúde e ambientais.

4 . Mediação entre interesses conflitantes na sociedade de forma a assegurar um acesso equitativo para ambientes que apóiam a saúde.

A Conferência de Sundsvall convoca a comunidade internacional a estabelecer novos mecanismos para a responsabilização ecológica e sobre a saúde, que devem ser construídos com base nos princípios do desenvolvimento sustentável em saúde. Na prática, isso requer declarações sobre o impacto sobre a saúde e o ambiente para as principais iniciativas de políticas e programas.

Ela demonstrou novamente que as questões de saúde, ambiente e desenvolvimento humano não podem ser separadas. O desenvolvimento deve implicar na melhoria da qualidade de vida e da saúde, enquanto preserva a sustentabilidade do ambiente.

A Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que se realizou em Santafé de Bogotá (Colômbia) em 1992, tratou da Promoção da Saúde na América Latina.

“A Promoção da Saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação de mútua determinação entre saúde e desenvolvimento. A região, desgarrada pela iniquidade que se agrava pela prolongada crise econômica e os programas de políticas de ajuste macroeconômico, enfrenta a deterioração das condições de vida da maioria da população, junto com um aumento dos riscos para a saúde e uma redução dos recursos para fazer-lhes frente. Por conseguinte, o desafio da promoção da saúde na América Latina

consiste em transformar as relações excludentes conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como em trabalhar pela solidariedade e a equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento”.

A quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jacarta (Indonésia) em 1997, teve como tema a Promoção da Saúde no século XXI adentro.

Foi a primeira a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Ela ofereceu ocasião para refletir sobre o que se aprendeu sobre a promoção da saúde, para reexaminar os determinantes da saúde e para identificar as direções e as estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI.

A Declaração de Jacarta enuncia sobre o valor da saúde: “A promoção da saúde é um investimento valioso. A saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico.

A promoção da saúde, mediante investimentos e ações, atua sobre os determinantes da saúde para criar o maior benefício entre os povos, para contribuir de maneira significativa para a redução das iniquidades em questão de saúde, para assegurar os direitos humanos e para a formação do capital social. Sua meta primordial é aumentar as expectativas de saúde e reduzir a brecha quanto à expectativa de saúde entre os países e grupos”.

Sobre os determinantes da saúde: “Os pré-requisitos para a saúde são: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. A pobreza é, acima de tudo, a maior ameaça à saúde.

As tendências demográficas como a urbanização, o aumento do número de pessoas idosas e a prevalência de doenças crônicas, um comportamento mais sedentário, resistência aos antibióticos e outros medicamentos disponíveis, maior uso abusivo de drogas e a violência civil e doméstica ameaçam a saúde e o bem estar das pessoas.

Doenças infecciosas novas e re-emergentes, e o maior reconhecimento sobre os problemas de saúde mental requerem uma providência urgente.

Os fatores transnacionais também representam um impacto significativo para a saúde. Incluem-se entre estes a integração da economia global, os mercados financeiros e o comércio, acesso aos meios de comunicação de massa e à tecnologia de comunicações, assim como a degradação ambiental devido ao uso irresponsável dos recursos. Essas mudanças moldam os valores, os estilos de vida durante toda a vida das pessoas e as condições de vida em todo o mundo”.

Existem hoje provas claras que:

-Os enfoques abrangentes ao desenvolvimento da saúde são os mais eficientes.

-As localidades oferecem oportunidades práticas para a implementação de estratégias abrangentes.

-A participação é essencial para dar apoio ao esforço.

-Aprender sobre saúde fomenta a participação.

Estabelece também, as prioridades para a promoção da saúde no século XXI:

1 – Promover a responsabilidade social com a saúde

2 – Aumentar os investimentos para fomentar a saúde

3 – Consolidar e expandir parcerias em prol da saúde

4 – Aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz aos indivíduos.

5 – Conseguir uma infra-estrutura para a promoção da saúde.

Faz as seguintes recomendações para a ação: Incluem-se entre as prioridades para uma aliança mundial para a promoção da saúde:

-Aumento da sensibilização sobre a mudança dos determinantes da saúde

-Apoio à criação de atividades de colaboração e de redes para o desenvolvimento sanitário.

-Mobilização de recursos para a promoção da saúde

- Acumulo de conhecimentos sobre as melhores práticas
- Facilitação do aprendizado compartilhado
- Promoção de solidariedade em ação
- Promoção da transparência e da responsabilidade pública de prestação de contas em promoção da saúde.

2 – 2 – A Operacionalização das Linhas de Ação da Promoção da Saúde

Existe hoje em desenvolvimento algumas estratégias de aplicação dos conceitos enunciados pela promoção da saúde.

Os principais, que trataremos aqui, dizem respeito: ao modelo de atenção à saúde, aos ambientes saudáveis, à gestão intersetorial.

2-2-1 - A Promoção da Saúde e o Modelo da Atenção à Saúde

A atenção à saúde com os eixos norteadores da promoção da saúde será concebido aqui a partir do conceito de saúde ampliado, utilizado neste estudo, como estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente como ausência de doença. Ambicioso, porém algo a ser perseguido tenazmente.

O homem é um ser gregário por natureza, as relações com grupos e ambientes e ainda com o seu entorno definem as possibilidades de vida qualitativamente mais ou menos saudáveis. Elas determinam seu estado de saúde, e com frequência o conceito de estado de saúde se emprega relacionado com o estado de saúde físico ou biológico de um indivíduo ou população. Em promoção da saúde este termo deverá ser ampliado para incluir os aspectos sociais e emocionais e o estado de saúde sentida.(28) Pois o que se busca alcançar é um **estado positivo de saúde**, que vem a ser o estado de saúde que vai mais

além de um estado assintomático. O conceito de estado positivo de saúde se refere no geral à *qualidade de vida* e ao potencial da condição humana.

Os conceitos gerais de estado positivo de saúde incluem a energia para viver, a auto-realização e a criatividade. Um estado positivo de saúde está mais relacionado com o progresso pessoal do que com a simples resolução de problemas, transcende claramente a preocupação tradicional da medicina por preservar e restaurar a saúde. (28)

Para que se alcance este fim, é necessário que se ofereçam subsídios às pessoas e coletividades, assim como direcionamentos político estratégicos adequados para o seu alcance. Portanto deve-se pensar em apropriar os indivíduos e a coletividade de instrumental capaz de determinar uma ação ativa em prol da saúde. O "empoderamento" (empowerment) das pessoas e das comunidades é portanto necessário. O "empoderamento" para a saúde é um processo mediante o qual as pessoas adquirem um maior controle sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde. Pode ser um processo social, cultural, psicológico ou político mediante o qual os indivíduos e os grupos sociais são capazes de expressar suas necessidades, delinear suas preocupações, desenhar estratégias de participação na tomada de decisões e levar a cabo ações políticas, sociais e culturais para fazer frente a suas necessidades. Mediante este processo, as pessoas percebem uma relação mais estreita entre suas metas e modo de alcançá-las e uma correspondência entre os seus esforços e os resultados que obtêm. A *promoção da saúde* abarca não somente as ações dirigidas a fortalecer as básicas *habilidades para a vida* e as capacidades dos indivíduos, mas também as ações para influir nas condições sociais e econômicas subjacentes e nos entornos físicos que influem sobre a *saúde*. Neste sentido, a *promoção da saúde* vai dirigida a criar as melhores condições para que haja uma relação entre os esforços dos indivíduos e os *resultados de saúde* que obtêm.

Se estabelece uma distinção entre o “*empoderamento*” para a saúde do indivíduo e o da comunidade. “O “empoderamento” para a saúde individual se refere principalmente à capacidade do indivíduo para tomar decisões e exercer controle sobre sua vida pessoal. O “empoderamento” para a saúde da comunidade supõe que os indivíduos atuem coletivamente com o fim de conseguir uma maior influência e controle sobre os *determinantes da saúde* e da *qualidade de vida* de sua comunidade, sendo este um importante objetivo da *ação comunitária para a saúde*.”(32)

Além disso as ações políticas em prol da saúde devem ser perseguidas para a consecução de seu fim, a “defesa” (advocacy) para a saúde é conceituada como “uma combinação de ações individuais e sociais destinadas a conseguir compromissos políticos, apoio para as políticas de saúde, aceitação social e apoio para os sistemas para um determinado objetivo ou programa de saúde”. (32)

O processo de saúde/doença depende de alguns determinantes, biológicos, psíquicos, sociais e econômicos; depende das condições de vida das pessoas, fazendo parte o seu entorno cotidiano, onde e como vivem, como atuam e trabalham. De um modo geral, estas circunstâncias estão fora do controle dos indivíduos, são circunstâncias sociais e econômicas, e do seu entorno físico, que causam impacto sobre o nível de saúde desses indivíduos.

O grau de satisfação nas relações sociais e afetivas e o acesso aos bens biologicamente e culturalmente determinados são os pilares de sustentação da saúde dos indivíduos.

O modelo de atenção a saúde com os princípios da promoção da saúde, a ser tratado aqui, é um modelo baseado no *desenvolvimento humano*. O conceito de desenvolvimento humano que será utilizado é o que foi elaborado por um grupo de especialistas para o primeiro Relatório do Desenvolvimento Humano, elaborado para o PNUD e publicado em

1990. Assim enunciado: “O desenvolvimento humano pode ser definido como um processo abrangente de expansão do exercício do direito de escolhas individuais em diversas áreas: econômica, política, social ou cultural. Algumas dessas escolhas são básicas para a vida humana. As opções por uma vida longa e saudável, ou por adquirir conhecimento, ou por um padrão de vida decente, são fundamentais para os seres humanos. Isso não significa que outras escolhas, como aquelas referentes à participação política, à diversidade cultural, aos direitos humanos e à liberdade individual e coletiva não sejam igualmente importantes. Entretanto algumas escolhas humanas são consideradas básicas porque, à medida que são alcançadas, abrem caminho para as demais. Essas idéias estão na origem da noção de desenvolvimento humano.”

O desenvolvimento humano é portanto, o desenvolvimento das pessoas, para as pessoas e pelas pessoas. Como desenvolvimento *das pessoas* entende-se o aumento das potencialidades através de melhores condições de educação, saúde, habitação, meio ambiente e alimentação”. Portanto está se falando aqui de acesso a bens mínimos para a construção de um entorno ou ambiente de suporte adequado ou os recursos para a vida favoráveis ao desenvolvimento humano. Assim a amenização da pobreza e da exclusão social atuam também como processos produtores de saúde, deixando de ser fatores determinantes em muitos casos de doença e morte. O desenvolvimento psico-afetivo mais harmônico também faz parte integrante desse processo, já que é determinante da sociabilidade e da capacidade de participação nos processos da vida que sejam favoráveis à saúde.

“O desenvolvimento *para as pessoas* implica que ele não seja um fim em si mesmo, mas que os frutos do crescimento econômico sejam traduzidos em melhoria das condições de vida. Este processo requer uma gestão cuidadosa de políticas públicas”. A Declaração de Adelaide (1988) enuncia sobre políticas públicas e se refere à responsabilização pública pela

saúde. Ela enuncia em seu texto: “políticas públicas saudáveis são caracterizadas por uma preocupação explícita com relação à saúde e equidade em todas as áreas de política e por uma responsabilização com relação ao seu impacto sobre a saúde. O alvo principal das políticas públicas saudáveis é a criação de um ambiente que permita às pessoas levar vidas saudáveis. Na busca de uma política pública saudável, os setores de governo relacionados à agricultura, comércio, educação, indústria e comunicações precisam levar em consideração que a saúde é um fator essencial na formulação das políticas. Esses setores devem ser responsabilizados pelas conseqüências à saúde de suas decisões nas políticas. Eles devem prestar tanta atenção à saúde quanto à economia.....Governos e outros controladores de recursos são finalmente, responsabilizados por suas populações com relação às conseqüências à saúde de suas políticas ou da falta delasO desenvolvimento de políticas públicas saudáveis é tão importante nos níveis locais de governo como nacionalmente”. Com relação a atenção à saúde, que “as políticas públicas saudáveis respondem aos desafios em saúde colocados por um mundo cada vez mais dinâmico e tecnologicamente mudado, com suas complexas interações ecológicas e crescentes interdependências internacionais. Muitas das conseqüências desses desafios não podem ser remediados por uma atenção à saúde presente e previsível. Os esforços de promoção da saúde são essenciais e requerem uma abordagem integrada do desenvolvimento social e econômico, a qual restabelecerá os laços entre as reformas sociais e da saúde”.

“O desenvolvimento *pelos* pessoas refere-se ao processo pelo qual estas se tornam não apenas suas beneficiárias, mas nele tomem parte ativa, participando das decisões que influenciam suas vidas”.(10) Fala-se então do processo de capacitação ou “empoderamento” das pessoas para a defesa da saúde. Na Carta de Ottawa, o reforço da ação comunitária é um dos cinco eixos de ação propostos. Sobre ele enuncia: “a promoção da saúde começa na participação efetiva e concreta da comunidade na eleição de prioridades, na tomada de

decisões e na elaboração e desenvolvimento de estratégias para alcançar melhor nível de saúde. A força motriz desse processo provém do real poder das comunidades, da posse e controle que tenham sobre seus próprios esforços e destinos”.

Promover o incremento do *capital social* para a saúde, aumentando o grau de coesão social nas comunidades através de processos de interação cotidiana entre as pessoas, expressado nos grupos cívicos e religiosos, nos vínculos familiares, nas redes informais da comunidade, nas normas de voluntariado, no altruísmo e nos compromissos, favorecendo a cooperação da comunidade para seu benefício mútuo.

O desenvolvimento humano como um conceito abrangente e integrado proposto aqui, não diz respeito só ao indivíduo mas a toda a sociedade. Faz uma inferência também aos requisitos para alcançá-lo.

Quadro esquemático sobre o modelo de desenvolvimento com suas relações:

Pela magnitude das questões, é um grande desafio propor um modelo de atenção à saúde, considerando seus aspectos na macropolítica para a saúde, nitidamente intersetorial, e na política do setor saúde. A pergunta é: qual é o papel do setor saúde e qual a contribuição da promoção da saúde na reorganização do modelo de atenção à saúde, baseado em seus princípios?

Ao setor saúde cabe o papel de participação na macropolítica pública onde poderá, através de identificação de problemas que afetam a saúde dos indivíduos e coletividades, influenciar a inserção de ações que contribuam para sua resolução e para a proteção e promoção da saúde e elevação da qualidade de vida dos indivíduos. Poderá influenciar também na aquisição, por parte das políticas setoriais, de conteúdos protetores à saúde, principalmente os relacionados aos determinantes do processo saúde/ doença. Pode promover a análise das políticas públicas, dos fatores que favorecem ou não a saúde, a participação e identificar as potencializações que podem ser feitas na agregação com outros setores; e ainda promover estudos dos principais problemas para suscitar o debate e a elaboração das políticas a eles relacionados, para busca de sua resolução.

No âmbito mais específico do setor, cabe proteger a saúde com as ações educativas e preventivas e desenvolver o cuidado às pessoas na recuperação de sua saúde e atenuação de seus problemas. A promoção da saúde contribui nesse processo, com um novo “*modo de fazer*”, através dos seus princípios: de *participação* e “*empoderamento*”, de *responsabilização*, da *intersectorialidade das ações*, da *busca de equidade*. A promoção finalmente se relaciona com a possibilidade de vincular ações específicas ao todo, traduzindo na operacionalidade das estratégias e projetos por ela mobilizados esse permanente compromisso com a *integralidade das ações* e dos *processos promotores de saúde e bem estar*, particular e coletivo. A promoção da saúde não traz em si a pretensão de

ser uma nova epistemologia mas, ao reconhecer a incapacidade das políticas focalizadas e fragmentadas, ela pretende sim se constituir internacionalmente como um conjunto de princípios norteadores de uma nova prática e uma nova ética.

Para construção desse novo “*modo de fazer*”, instrumentalizando os enunciados anteriormente citados, algumas proposições podem ser feitas:

1 –Habilitação e “empoderamento” dos profissionais de saúde e dos agentes responsáveis pela saúde para a incorporação dos princípios na sua prática. Aos profissionais do setor saúde, em todos os níveis de atenção, cabe o papel de “*facilitação*”, isto é, poder atuar em colaboração com indivíduos ou grupos para conseguir seu empoderamento para a saúde mediante a mobilização de recursos humanos e materiais, com o fim de promover e proteger a saúde.

A ênfase dada no empoderamento para a saúde mediante a colaboração e a mobilização de recursos, chama a atenção sobre o importante papel que desempenha o pessoal de saúde e outros agentes sanitários, ao atuar como catalisadores da promoção da saúde, por exemplo, permitindo o acesso aos processos políticos que configuram as políticas públicas que afetam a saúde.

2 – Expandir a concepção de uso de unidades de saúde como específicas para o desenvolvimento das ações de cuidados , para os ambientes ou equipamentos sociais que potencialmente agreguem as pessoas. Ampliando esses ambientes de atuação dos cuidados, amplia-se o acesso da população à atenção em saúde, como exemplo, os lares, escolas, creches, ambientes de trabalho, etc. Salvo o caso de cuidados que necessitam de tecnologias específicas da intervenção médica de maior complexidade ou de ação médica especializada, onde ainda se pode trabalhar a melhora dos ambientes, ambulatoriais e hospitalares, para o bem estar das pessoas que necessitam deles.

3 – Transformar as instâncias gestoras das políticas públicas para que incorporem a possibilidade de implementar ações intersetoriais, não como dinâmicas paralelas e fragmentadas, mas em novos processos de trabalho que configurem a prática da gestão intersetorial. Construir novos desenhos organizacionais, novas dinâmicas para o exercício do poder e novos instrumentos de acompanhamento e avaliação da gestão pública.

4 – Buscar o envolvimento das pessoas e das comunidades para a participação e co-responsabilização nos processos de manutenção e recuperação da saúde, assim como do planejamento das ações que são requeridas para esse fim.

2-2-1-1- O projeto Carmen como experiência :

A Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde propôs o projeto Carmen – “ Conjunto de Ações para a Redução Multifatorial das Enfermidades Não Transmissíveis”, para o enfrentamento das doenças não transmissíveis, no intuito de estabelecer projetos integrados, intersetoriais e participativos, com base no programa CINDI – “Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention”,

Esse projeto associa o enfoque técnico, gerencial e político, associado ao enfoque populacional – preventivo e de promoção – com o enfoque individual – detecção e tratamento, junto aos esforços de reordenamento dos serviços de saúde e a participação de toda a população, visando reduzir o impacto de sofrimento e morte gerados pelas doenças não transmissíveis.

Baseia-se no conceito de que doenças com causas comuns devem ser identificadas e combatidas em conjunto através de estratégias preventivas comuns. Para tanto é necessário identificar quais são esses fatores e quais são as principais enfermidades não transmissíveis que atingem a maioria da população. Ele têm como base uma avaliação da situação de incidência, prevalência e mortalidade pelas doenças não transmissíveis, assim como da

natureza e difusão dos fatores de risco, junto com as características demográficas, serviços de saúde, organizações sociais e aspectos culturais. As intervenções resultantes devem ter características de integralidade e intersetorialidade, tendo a participação da população em todo o processo.

O projeto Carmen tem como princípios: 1) Pesquisa com enfoque de intervenção, 2) Participação social informada, 3) Enfoque integral abrangente (hábitos alimentares, estilos de vida, ambiente saudável, atividade física, âmbito psicossocial de apoio), 4) Evitar ou reduzir fatores de risco, 5) Ordenamento institucional, mobilização social, monitoramento.

Como estratégias para a implementação: 1) Geração de vontade política, 2) Comunicação e opinião pública favorável, 3) Alianças para a ação comunitária, 4) Ações inespecíficas: populacional (desenvolvimento social) ambiental (entornos saudáveis),

5) Ação específica populacional perante determinados fatores de risco, 6) Ação específica grupal para populações no alto risco (fatores protetores, controle e tratamento).

O “modo de fazer” do projeto Carmen, pode ser reproduzido para outros problemas de saúde que atingem a população, ou de segmentos do ciclo de vida, utilizando as estratégias básicas enunciadas pela promoção da saúde, diagnóstico dos problemas com a participação da comunidade, habilitação das pessoas para o auto cuidado e responsabilização sobre sua saúde, definição de políticas públicas com ações que envolvam os setores responsáveis pela sua resolução, acompanhamento e avaliação dos processos também em parceria com a comunidade atingida.

2- 2- 2 : Os Ambientes saudáveis:

Os ambientes, ou os entornos dos indivíduos, são considerados a partir de sua inserção no mundo e de suas relações sociais. Promover a saúde é, antes de mais nada, oportunizar para as pessoas o acesso à informação e processos que ampliem a capacidade

de exercício da cidadania e de produção de uma vida mais satisfatória, mais saudável. Ampliar os espaços de atuação de todos os setores da sociedade ao bem comum e ampliar a atuação para a saúde nos espaços públicos socialmente definidos é um caminho de produção de saúde ou promoção da saúde que tem mostrado resultados satisfatórios em todo o mundo.

A Carta de Ottawa reconhece que: “A saúde se cria e se vive na vida cotidiana; nos centros de ensino, de trabalho e de lazer. A saúde é o resultado dos cuidados que se dispensa a si mesmo e aos demais, da capacidade de tomar decisões e controlar sua própria vida e de assegurar que a sociedade em que se vive ofereça a todos seus membros a possibilidade de gozar de bom estado de saúde”

Na Declaração de Jacarta está enunciado que: “Existem hoje provas claras de que as localidades oferecem oportunidades práticas para a implementação de estratégias abrangentes de promoção da saúde. Incluem-se entre elas metrópoles, ilhas, cidades, municipalidades e comunidades locais, seus mercados, escolas, local de trabalho e estabelecimentos de atendimento à saúde.”

Ganham importância nesse processo todos os espaços de convívio ou ambientes que as pessoas frequentam no decorrer da vida; portanto, o ambiente escolar, o de trabalho, as creches, as unidades da saúde, os ambientes organizados pela sociedade, de convívio(clube de Terceira Idade, espaços de lazer, etc).

As ações de promover a saúde através de distintos cenários podem adotar muitas formas diferentes, que podem ser algum tipo de modificação organizativa, incluindo a mudança do entorno físico, da estrutura da organização, da administração e da gestão. Os cenários também podem ser utilizados para ampliar o acesso aos serviços e promover a interação com a comunidade.

Algumas experiências importantes já vem ocorrendo em algumas dessas áreas que citaremos aqui:

2 – 2 – 3 – *As Escolas Promotoras de Saúde:*

O que se busca nessa proposta é delinear o papel das escolas na promoção da saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, “Uma escola promotora de saúde se define como uma escola que reforça constantemente sua capacidade como lugar saudável para se viver, estudar e trabalhar.”

“Com o fim de alcançar este objetivo, uma escola promotora de saúde envolve o pessoal de saúde e educação, os professores, estudantes, pais, líderes da comunidade, na tarefa de promover a saúde. Fomenta a saúde e o aprendizado com todos os meios ao seu alcance, e faz tudo o que está em sua mão para oferecer ambientes favoráveis para a saúde e uma série de programas e serviços chave de promoção e educação para a saúde. Uma escola promotora de saúde aplica políticas, práticas e outras medidas que respeitam a auto-estima do indivíduo, oferece oportunidades múltiplas de desenvolvimento e reconhece seus esforços e intenções, assim como os ganhos pessoais. Faz tudo que está em sua mão para melhorar a saúde do pessoal da escola, as famílias e os membros da comunidade, assim como dos estudantes, e trabalha com os líderes da comunidade para ajudar-lhes a compreender como pode a comunidade contribuir para a saúde e a educação.”(32) A escola é uma das instituições educativas básicas da sociedade, sua contribuição em relação à saúde humana são essenciais e múltiplas.

Tem como papel fundamental apoiar a formação dos recursos psicológicos necessários para um funcionamento integral da pessoa, que diminua sua vulnerabilidade a enfermidades e favoreça a adoção de um modo de vida que possa considerar-se saudável.

“Contribuir para educar uma personalidade rica e saudável deve ser um objetivo intencional da escola, já que são precisamente os recursos subjetivos que a integram os que vão participar na regulação do comportamento do sujeito em todas as esferas da vida.

Ela não só constitui o núcleo em relação ao qual vão adquirir sentido os conhecimentos e em geral a cultura que a escola tenta transmitir e que constitui o sistema regulador do comportamento do sujeito e nessa condição vem a ser um mediador essencial da saúde.

Se tem comprovado que existe um conjunto de recursos subjetivos associados a uma personalidade saudável e que a escola pode contribuir a desenvolver, por exemplo: riqueza de interesses, capacidade de auto-determinação, flexibilidade para encontrar alternativas adequadas ante situações tensionantes e contraditórias, riqueza de objetivos e planos futuros sobre os quais o sujeito pode apoiar-se para enfrentar exigências imediatas. Estes e outros elementos, como capacidade de reflexão personalizada, capacidade de estruturar o campo de ação, motivações específicas para a saúde etc, possibilitam também que o sujeito assuma um modo de vida saudável, cujo conteúdo estará sempre em relação com as possibilidades e limites da situação social em que vive.

A educação da personalidade também joga um importante papel no desenvolvimento da criatividade, já que temos comprovado que esta área está determinada, entre outros fatores, por configurações específicas de recursos personológicos. Através de sua produção criativa o sujeito satisfaz determinadas necessidades e motivos de sua personalidade, encontra possibilidades de expressão própria, experimenta importantes vivências emocionais e incrementa a confiança em suas possibilidades e realizações o que influi no desenvolvimento de sua identidade pessoal. É por isso que o estímulo da criatividade e dos recursos personológicos que estão na sua base se tornam uma importante via de promoção da saúde” .”(Martinez, 1996) (25). Essas contribuições que ajudam e

favorecem o desenvolvimento das pessoas beneficiam o conjunto do grupo social onde estão inseridas.

Também a participação das famílias no processo de aprendizado e desenvolvimento das crianças e adolescentes é fundamental para consolidar a união do núcleo social primário e estruturante para a formação de personalidades e modos de vida mais saudáveis.

Por outro lado a agregação dos recursos da comunidade do entorno da escola, nas atividades que são desenvolvidas, possibilitam uma maior responsabilização por esse recurso social e participação em muitas fases do processo formador de cidadãos mais participativos e mais solidários.

Conceito de Promoção da Saúde no Âmbito Escolar, segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPS):

O conceito de escola promotora de saúde tem como objetivo fomentar estilos de vida saudáveis em toda a população e na comunidade escolar, desenvolvendo ambientes saudáveis e contribuindo com a promoção da saúde. A escola promotora de saúde oferece oportunidades e requer compromissos para alcançar um ambiente físico e um entorno social positivo e seguro. A promoção da saúde no âmbito escolar compreende três grandes áreas com vários componentes em cada uma: a educação para a saúde, os ambientes e entornos saudáveis e os serviços de saúde e alimentação. A estratégia operativa para fortalecer a promoção da saúde no âmbito escolar por sua vez, compreende as seguintes linhas de ação:

- O desenvolvimento de políticas conjuntas entre setor educativo e setor saúde, que inclui a mobilização e comunicação social para fomentar o diálogo entre os setores sociais e a população sobre as prioridades neste campo, assim como a colaboração na formação de consenso, alianças e pactos sociais para apoiar esta iniciativa.

- A consolidação de mecanismos de coordenação intersetorial, incluindo a ativação ou formação de comissões mistas para elaborar as análises, planos de trabalho, dar seguimento e avaliar as atividades (convênios, comissões mistas, comitês intersetoriais, atividades com associações de pais e família e organizações comunitárias, sistema de informação e comunicação).

- A implementação de programas, incluindo o diagnóstico de necessidades, os planos de ação, o desenho curricular, a capacitação aos professores e ao pessoal de ambos os setores, a produção de materiais, seguimento e avaliação e a investigação.

- A implementação de ações entre escolas, serviços de saúde e organizações comunitárias. Facilitar a participação comunitária em torno da promoção da saúde. Envolver os líderes da comunidade e as autoridades locais e fomentar a planificação participativa local para incorporar a promoção da saúde nos planos locais de desenvolvimento.

- Os jovens e adolescentes são a principal população da iniciativa de escolas promotoras de saúde. Eles necessitam de oportunidades para desenvolver sua criatividade e formar práticas e estilos de vida saudáveis.

Ainda, segundo a Organização Panamericana de Saúde, “a escola que promove a saúde é um lugar seguro, livre de tóxicos, com água potável, instalações sanitárias, eletricidade e calefação, e um ambiente psicológico positivo para a aprendizagem.

É um lugar onde se fomentam os direitos humanos, o direito ao desenvolvimento humano saudável, as relações construtivas entre os integrantes da comunidade e é livre de violência física, verbal ou psicológica.

É um lugar ativo onde os jovens se motivam e aprendem quando percebem a relevância das atividades educativas e a dimensão da vida mais ampla, inclusive em referência à comunidade mais além da escola. A escola se torna um centro importante

para a comunidade onde se realizam diversas atividades de benefício para a saúde de todos que ali vivem. A relação entre escola e comunidade é uma área de grande potencial para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde em todos os países.”

Algumas experiências de escolas promotoras de saúde já vem sendo desenvolvidas em países latino-americanos e do Caribe, como Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, Honduras, Jamaica, México, Venezuela, e no Caribe de língua inglesa.

2 – 2 – 4 – Os municípios saudáveis

No interior de um movimento de promoção da saúde na América do Norte nasce a concepção de Cidades Saudáveis que foi proposta em 1984 em Toronto, Canadá, e consolidada na Conferência de Ottawa (1986).

O conceito de cidades e municípios saudáveis, ainda que possa ter configurações particulares, traz em essência os mesmos enunciados, cada qual ressaltando aspectos próprios. Restrepo, consultora da Organização Panamericana de Saúde, sistematizou alguns desses conceitos que pela pertinência serão adiante transcritos, acrescentados de outros. (35).

“Uma cidade saudável (health city) é aquela que está continuamente criando e melhorando os ambientes físicos e sociais e expandindo os recursos comunitários que habilitam as pessoas a apoiar-se mutuamente no desempenho de todas as funções da vida para desenvolver seu máximo potencial” (Hancock e Duhl, 1986)

“O conceito de Cidades Saudáveis gira em torno de romper barreiras ou, no jargão, trabalhar intersetorialmente. É gira em torno de romper barreiras entre as organizações locais e nacionais (de saúde e outras), as quais provêem serviços às comunidades. É também, romper barreiras entre provedores e usuários, de tal forma que os usuários tenham

uma voz própria e uma grande participação sobre o controle deles e o tipo de serviços que lhes são proporcionados. É, também, romper barreiras entre os investigadores acadêmicos com interesse em saúde, a provisão de serviços e os problemas sociais dos homens e mulheres comuns e correntes, em torno de quem, e sobre quem, se faz a investigação convencional. "(Davies e Kelly, 1993)

"O conceito de Cidades Saudáveis é antigo e novo ao mesmo tempo: antigo em se tratando do cidadão ter estado lutando por fazer as cidades mais saudáveis desde o nascimento da civilização urbana, novo em manifestações como o veículo mais importante para a promoção da saúde – a nova saúde pública – em seu empenho de alcançar "Saúde para Todos". O Projeto de Cidades Saudáveis deve ser visto e entendido dentro de um contexto da promoção da saúde, o qual é definido na Carta de Ottawa como um „processo para habilitar o cidadão e aumentar o controle sobre, e melhorar, sua saúde“ (OMS, 1986) (Hancock, 1993).

"O projeto tem suas raízes em um conceito do que é uma cidade e da visão do que se pode converter numa cidade saudável. Uma cidade é vista como um organismo vivo, complexo que vive, respira, cresce e muda constantemente. Uma cidade saudável é aquela que melhora seus ambientes e expande seus recursos para que o cidadão possa apoiar-se mutuamente para alcançar seu máximo potencial." "O conceito de cidade saudável significa processo, não somente resultados..... Qualquer cidade pode ser Cidade Saudável, caso se comprometa com a saúde e tenha uma estrutura e um processo para trabalhar pelo seu melhoramento. "(WHO, Europe, 1992)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1990) considera-se uma cidade saudável aquela em que os dirigentes municipais enfatizam a saúde de seus cidadãos, dentro de uma lógica ampliada de qualidade de vida, de acordo com a proposta de promoção de saúde referida na Carta de Ottawa. O princípio que norteia o conceito de

idades saudáveis é aquele em que a saúde pode ser melhorada pela modificação das condições de vida: o ambiente físico e social e fatores econômicos que afetam ou determinam a situação de saúde, e através da busca conscientizada do aprimoramento da saúde urbana.

Ou ainda segundo a OMS/OPS, “ Cidade saudável é aquela em que as autoridades políticas e civis, as instituições e organizações públicas e privadas, os proprietários, os empresários, os trabalhadores e a sociedade dedicam esforços constantes para melhorar as condições de vida, trabalho e cultura da população, estabelecem uma relação harmoniosa com o meio ambiente físico e natural, além de expandirem seus recursos comunitários para melhorar a convivência, desenvolver a solidariedade, a cogestão e a democracia.”

Um dos princípios fundamentais desta abordagem é o reconhecimento que o governo municipal tem um papel crucial na promoção e manutenção da saúde da população e tem a particular capacidade de mobilizar ações para o desenvolvimento sustentável.

Devemos associar assim o conceito de cidade saudável ao conceito de desenvolvimento local integrado e sustentável, que vem sendo definido como “um novo modelo de promover o desenvolvimento que possibilita o surgimento de comunidades mais sustentáveis, capazes de : suprir suas necessidades imediatas, descobrir ou despertar suas vocações locais e desenvolver suas potencialidades específicas e fomentar o intercâmbio externo aproveitando-se de suas vantagens locais”. (Franco,A , 1999) (16)

O desenvolvimento local é ainda considerado, conforme a Agenda 21, como “ uma via possível e necessária para a melhoria da qualidade de vida das populações e para a conquista de modos de vida mais sustentáveis”.

No nível local é onde se dá o processo de desenvolvimento, a partir de sua dimensão social, afetiva e econômica. Agrega-se a isso os valores culturais, os contrastes regionais e as vocações dos municípios.

Tem como pressupostos fundamentais para que possa ocorrer, um novo padrão de gestão pública, com novas relações entre Estado e sociedade, e de respostas sociais às possibilidades de desenvolvimento das pessoas, de um município ou sociedade. Trata-se pois, de uma gestão social, que garanta a efetiva participação da comunidade de forma integrada e consciente em todos os projetos que afetam seus interesses, e com capacidade de interferir no processo de mudança. Para tanto, é fundamental a capacitação ou a habilitação da população e o seu empoderamento.

O processo de habilitação , compreendendo o universo da vida das pessoas, ou famílias, é condição necessária para a produção da consciência coletiva, ou a elevação do “capital social”, para o estabelecimento de objetivos comuns. O exercício concreto de parcerias e a avaliação e apropriação dos resultados pelas próprias comunidades promovem as mudanças estratégicas requeridas e aumentam em muito a sustentabilidade política dos processos além de exercitarem a prática da cidadania. Falamos então de um processo de **gestão social co-responsável**, onde estão envolvidos a responsabilização do setor público e a responsabilização dos cidadãos, individual ou coletivamente.

Todos os setores da gestão podem se beneficiar com esse processo, os sociais como: habitação, saúde educação, cultura, esporte, lazer, além dos setores produtivos.

Alguns passos para se alcançar esse processo vêm sendo preconizados, como o diagnóstico e o planejamento local participativo, a escolha consensuada de prioridades e a parceria entre os atores governamentais e da sociedade civil, conformados em um conselho gestor municipal, tendo ainda a execução das ações o caráter intersectorial dentro da gestão pública.

Assim, a concepção de municípios saudáveis, não é um modelo que se entrega às autoridades municipais para que o apliquem distante dos cidadãos mas é uma estratégia de Promoção da Saúde para o nível local. É um processo que permite identificar os principais

problemas que interferem na saúde das pessoas e suas causas, procurando respostas de forma participativa com os principais protagonistas do município. Trata-se da adoção de mudanças nas dinâmicas que envolvem as relações entre pessoas, partindo das próprias pessoas e expandindo-se para as relações de cidadania, em busca de novos pactos entre governantes e a sociedade.

Para que se alcance a melhora da saúde e da qualidade de vida, é necessário que as pessoas tenham a capacidade de atuar pela própria saúde, e que se concentrem vontade e recursos políticos institucionais, comunitários e pessoais para atingir esse objetivo.

Os governos municipais têm um papel estratégico de instância capaz de fazer avançar o desenvolvimento humano e econômico, fortalecendo a gestão intersetorial e participativa. Cabe ao gestor municipal, o prefeito, o papel de condutor desse processo, para poder obter a unidade necessária dentro da gestão pública do município e aumentar a influência política para a obtenção da sustentabilidade necessária a esse processo.

Configura-se assim o projeto de Município Saudável como a estratégia local para a implementação dos princípios da Promoção da Saúde e de suas linhas de operacionalização, como a gestão para o desenvolvimento, os ambientes saudáveis, a reorientação dos serviços de saúde, a capacitação da comunidade, a redução das iniquidades, a ampliação do acesso aos bens sociais e ao bem estar.

CAPÍTULO III

3 – A Promoção da Saúde aplicada: A experiência de Chopinzinho

Já vimos nos capítulos anteriores que os problemas das cidades não são novos, assim como o conceito de saúde com os seus determinantes estão identificados há centenas de anos. Já vimos também ao longo da história que processos de desenvolvimento econômico acabam por deixar muito tênue a importância de desenvolvimento social e humano. Os conceitos e princípios enunciados internacionalmente em torno da Promoção da Saúde parecem ser de difícil aplicação, pois há muitos anos vêm sendo discutidos dentro do campo da saúde pública sem que sejam operacionalizados.

Neste capítulo, será examinada a aplicação das linhas de ação da Promoção da Saúde, no conjunto da gestão municipal. Para a observação da forma de aplicação e concretização de suas diretrizes, será tomado para estudo um município brasileiro, que se vinculou ao movimento de município saudável há alguns anos, por estímulo da Organização Panamericana de Saúde.

Aliado ao importante movimento de descentralização administrativa que vem ocorrendo no país, a partir do setor saúde, já existe o esboço de esforço de outros setores em promover no conjunto uma gestão integrada, voltada ao desenvolvimento.

O que vamos tentar observar é o processo implementado pelo município de Chopinzinho no modelo de gestão adotado, do município saudável, como está sendo operacionalizado e se é capaz de responder às necessidades de desenvolvimento local, respeitando o desenvolvimento das pessoas, a construção de sua cidadania e seu bem estar.

3-1 - O ESTUDO DE CASO E SEUS EIXOS DE ANÁLISE

O presente estudo partiu da observação e análise das linhas de ação da promoção da saúde, identificadas no Plano de Desenvolvimento do município, no sentido de investigar o potencial de aplicação do conceito e princípios da “Promoção da Saúde” expressos no enunciado da Carta de Ottawa. Essa Carta foi utilizada como referência por ter sido a primeira a ter definido as principais linhas de ação da Promoção da saúde, as quais foram reafirmadas nas Conferências subsequentes e Declarações decorrentes destas. Foi utilizado como orientação para a estrutura do estudo um quadro de referência com as seguintes divisões: cinco **linhas de ação** advindas do documento de Ottawa (elaboração de políticas públicas saudáveis, reforço da ação comunitária, criação de ambientes favoráveis, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorganização de serviços de saúde). Para cada uma das linhas de ação foi adotado um eixo norteador de análise, apreendido de seu enunciado na carta de Ottawa, as **categorias**: intersetorialidade, participação na gestão municipal, condições ambientais naturais, de trabalho, de lazer e nas escolas, autodeterminação, reorientação de serviços de saúde. A partir dessa dupla identificação, linha de ação e categoria de análise, se buscou os **aspectos** pertinentes à cada categoria, ou seja, qual é a forma de sua expressão aplicada. Foram selecionados nos setores envolvidos, os projetos e programas em implementação, a partir da sua característica mais predominante. A descrição, análise e alguns dados apresentados como elementos avaliativos foram extraídos dos instrumentos e fontes, relacionados como as duas últimas caselas do quadro referencial adotado em anexo. (**ANEXO 1**)

O adoção deste método, “estudo de caso” para uma investigação de natureza exploratória, além da descrição visa possibilitar a exposição das circunstâncias em que as mudanças foram se operando e sua dinâmica processual. A seleção do município para

esta natureza de estudo exploratório considerou o porte, o tipo preponderante da economia municipal e o tipo de qualificação no Sistema Único de Saúde. A intencionalidade adotada na seleção de tais características pretendeu incluir o município do estudo como uma situação comum na tipologia que classifica os municípios brasileiros. Assim sendo, a circunstância específica que vai distingui-lo dos demais é a adoção de uma dada modalidade de política pública “saudável”. Por se tratar portanto de um município com características freqüentes: população em torno de 20 mil habitantes, predomínio de população rural com baixa participação na produção da economia, tendência ao êxodo urbano e habilitado em pleito de gestão plena da atenção básica no SUS, o estudo vai buscar responder ou problematizar o quanto é possível uma aplicação mais genérica desta política em outras circunstâncias e realidades municipais. Esta modalidade de investigação pode portanto gerar novas hipóteses como produto de uma situação particular, para eventuais análises de seu potencial de generalizações.(GIL, 1991) Finalmente quanto ao tempo de adoção e implementação das políticas saudáveis, foi considerado para a escolha do município uma situação com duração de mais de um mandato de governo.

Foram utilizadas a observação simples, a análise documental , entrevistas semi-estruturadas com os principais atores da gestão do processo em curso, como o prefeito, secretários de diversos setores do município, funcionários municipais responsáveis pelos projetos, líderes comunitários e pessoas da sociedade local que compartilham a implementação dos projetos. Os dados foram coletados através de documentos escritos, e gravações. **(ANEXO 2 - roteiro das entrevistas de informantes chave)**

3-2 - O MUNICÍPIO DE CHOPINZINHO – PR

A seleção do município de Chopinzinho para o estudo de caso considerou portanto o porte, a característica econômica e a situação de habilitação em saúde relacionados do item anterior. Tendo favorecido a escolha o fato do projeto de Município Saudável ter sido iniciado em março de 1995 como desdobramento da política do governo municipal iniciada em 1993 através do Plano de Desenvolvimento Rural do município (PDR), que enfatiza na origem o desenvolvimento agrícola. A nova gestão municipal eleita em 1997 manteve o processo de implementação do “município saudável” ainda em curso.

O município de Chopinzinho tem população, segundo o último censo realizado pelo IBGE, de 20.120 habitantes, fazendo parte de uma faixa significativa de 70% de municípios brasileiros de porte com até 20.000 habitantes. Está habilitado, de acordo com a NOB/96, na condição de gestão Plena da Atenção Básica, significando que o município é responsável pelo atendimento de sua população no nível de atenção básica.

Chopinzinho está localizado na região sudoeste do estado do Paraná. O nome do município foi dado pelo rio Chopinzinho, que recebeu esse nome pela abundância da ave Chupim, uma espécie canora que havia no local, e a origem de seu povoamento está relacionada com a instalação nesta localidade de uma colônia militar que passara a se denominar Chopim.

Chopinzinho, como toda a região sudoeste do Paraná, foi colonizada por famílias advindas do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, com etnias predominantes de italianos, alemães e caboclos. A área original era formada essencialmente por matas de araucária que foram desmatadas para a implantação das primeiras lavouras de subsistência. Após o extrativismo vegetal, houve um ciclo de suinocultura extensiva e foram intensificadas plantações de erva mate, feijão e milho. A partir da década de 70, com o incremento da mecanização, a exploração extensiva de soja, trigo e milho ampliaram os desmatamentos,

acrescendo também a expansão agropecuária como parte da responsabilidade da remoção da floresta nativa.

A forma de ocupação da terra foi a divisão de lotes de modo a permitir que todos tivessem acesso a água, sendo que as casas eram normalmente construídas nos fundos de vales, ficando as lavouras nas partes mais altas. A forma inicial de uso do solo, predominante extrativista e com agriculturas sem tecnologias de combate e sem considerar a aptidão agrícola do solo, forma circunstâncias responsáveis pelo assoreamento dos fundos dos vales e rios. Estas condições ambientais foram tornando a região menos favorável ao desenvolvimento agrícola, o que em conjunto com outras causas como o enfraquecimento dos recursos naturais existentes, e sobretudo face a fragilidade da política econômica nacional, intensificou muito o êxodo rural. As populações que haviam para aí se dirigido passaram a migrar principalmente para o Mato Grosso, Paraguai, áreas ainda não povoadas e para os centros urbanos.

A área total do município é de 90.760 ha, e a despeito do desmatamento ocorrido a cobertura florestal é formada por 19.574 ha, sendo que 11.500 ha pertencem à reserva indígena, recentemente anexada ao município, onde se encontra a maior reserva de araucária do mundo.

O município de Chopinzinho foi desmembrado de Mangueirinha pela lei 253 de 26/11/1954 e instalado em 14/12/1955. Possui três distritos: São Luiz, São Francisco e Bugre mais a sede. Tem uma população de 20.120 habitantes, sendo 62% (12.474 habitantes) na zona rural e 38% (7.646 habitantes) na zona urbana. Tem a seguinte distribuição por sexo e faixa etária:

Quadro 1- Distribuição por faixa etária e sexo, Chopinzinho, ano 1991.

FAIXA ETÁRIA	HOMENS	MULHERES	TOTAL
Até 1 ano	274	257	531
1 a 4 anos	1.007	924	1931
5 a 14 anos	2.449	2.351	4800
15 a 49 anos	5.290	5.131	10.421
50 anos ou mais	1.193	1.244	2437
TOTAL	10.213	9.907	20.120

Fonte: IBGE – censo de 1996

A Taxa Anual de Crescimento urbana é de 3,85% e a rural, com crescimento negativo, é de -2,68%, principalmente em decorrência do êxodo. A taxa de alfabetização é de 88,18%, segundo os dados fornecidos pela Prefeitura Municipal. A ocupação de seu território de 90.760 ha é formada na zona rural por 2.826 propriedades com 2.314 proprietários, sendo que 91,87% dos produtores possuem menos de 50 ha e utilizam exclusivamente mão de obra familiar. A área de Reserva Indígena tem 970 índios, aproximadamente 230 famílias de Guaranis e Kaingangues.

O abastecimento de água com ligação e tratamento, tem para a população da zona urbana uma cobertura quase na sua totalidade, incluindo 95%, com 2813 ligações existentes de um total de 2.953 casas; a parte não coberta se utiliza de poços. Na zona rural o abastecimento de água é feito por poços artesianos ou fontes que recebem o tratamento de filtragem com vela e hipoclorito de sódio, nesta condição estão 85% da população rural, sendo as demais usuárias de micro sistemas de água.

O município possui esgotamento sanitário com 48.816 m. de esgoto, com 500 ligações. Até 1993 existiam 5.000m, a expansão aconteceu nos últimos anos, viabilizada em conjunto com a construção de uma estação de tratamento de esgoto, com recursos do governo estadual que foi concluída em outubro de 1999. Assim a rede de esgoto apresenta cobertura na área urbana de 20%, ainda 75% da população se utiliza de fossas e os demais 5% de outras soluções individuais. A zona rural tem 60% da população

fazendo uso de fossas, e as demais 40%, não tem o esgoto doméstico com destino subterrâneo, tendo outras alternativas.

A coleta de lixo na zona urbana tem uma amplitude de cobertura de 97% , realizada por serviço municipal que se utiliza para seu destino final um aterro sanitário. Na zona rural o lixo é coletado nos núcleos de ensino, e seu destino é a queima a céu aberto. Em outubro de 1999 foram instalados locais para coleta seletiva. Até 1993 o lixo era depositado ao lado da rodovia PR158, onde era queimado, atrapalhando o trânsito e sendo motivo de multas aplicadas pelo Instituto Ambiental do Paraná.

Quanto a eletrificação há no município 4723 ligações de energia elétrica.

A atividade econômica do município de Chopinzinho , segundo a Associação dos Municípios do Sudoeste do Paraná, tem a seguinte distribuição

- Participação no PIB municipal: Agropecuária: 28,77%, Indústria: 3,10%, Serviços: 68,13%.

- Produto Interno Bruto: US\$ 51.735.452,14
- PIB per capita: US\$ 2.519,50
- População Economicamente Ativa: 10.994 hab., que representa 54.64% da população.

- Repasses: ICMS, IPVA. Tem uma área alagada pela Usina Hidrelétrica de Salto Santiago, que atualmente repassa Royalties para a administração local. Também recebe Royalties pela área de preservação de floresta.

- Orçamento Anual: em torno de R\$13.000.000,00, sendo que 55% são gastos em despesas fixas e os 45% restantes são para investimentos no município.

- A atividade econômica desenvolvida no município gera como principais produtos: produtos agrosilvopastoris, forragens, milho e soja; e na atividade industrial: produtos alimentares, utilitários de madeira, mecânica, produtos minerais não metálicos.

- Distribuição das Atividades Econômicas (Número de estabelecimentos sujeitos ao recolhimento do ICMS, por setor):

QUADRO 2- Distribuição das atividades econômicas, do município de Chopinzinho - PR.

SETOR	No. total de Estabelecimentos no Município
Indústria	52
Comércio Varejista	188
Comércio Atacadista	8
Associação dos Municípios do Sudoeste do Paraná – Paraná Cidade	50

- Distribuição de renda:

QUADRO 3- Rendimento médio mensal por número de famílias no município de Chopinzinho, ano 1998

Rendimento médio mensal familiar	Número de famílias	Percentual
Menos de 1 salário mínimo	1.520	31,67
De 1 a 3 salários mínimos	1.929	40,20
Mais de 3 salários mínimos	884	18,41
Mais de 10 salários mínimos	467	9,72
-----	-----	-----

Fonte: Prefeitura Municipal de Chopinzinho

QUADRO 4- Distribuição Percentual do Orçamento pelos setores da administração municipal de Chopinzinho, nos anos 1992 a 1999.

Ano	Educação	Agricultura	Saúde e Ação Social	Total do setor social
1992	25%	2%	8%	35 %
1993	25,87%	3,85%	11,39%	41.11%
1994	31,2%	7,4%	13,87%	52.47%
1995	32,53%	16,73%	14,11%	63.37%
1996	24,54%	12,55%	11,94%	49.03%
1997	23,41%	5,5%	13,5%	42.41%
1998	35,82%	33,65%	9,95%	79.42%
1999	35,55%	29,64%	11,91%	77.1%

Fonte: Prefeitura Municipal de Chopinzinho.

Segundo podemos observar no quadro 4, a partir de 1993 houve um aumento do percentual do orçamento aplicado nos setores sociais, incluindo aqui o setor da agricultura, de 35% em 1992 para 77,1% em 1999, sendo que o aumento mais expressivo no período de 1992 a 1999, foi no setor de educação e da agricultura.

3-3 - A DINÂMICA ADOTADA PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

São duas as características principais que merecem ser ressaltadas na dinâmica de implementação do projeto: **a vontade política dos dirigentes e a participação da sociedade.**

A iniciativa de desenvolver o projeto de município saudável teve início em 1995, com estímulo da Organização Panamericana de Saúde (OPS) e Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, porém o início do processo de gestão intersetorial e participativa se deu com o Plano de Desenvolvimento Rural a partir de 1993. Esse programa de desenvolvimento foi implementado pela Emater do Estado do Paraná, como iniciativa do Programa Nacional de Agricultura Familiar do Ministério da Agricultura, sendo o setor da agricultura municipal a instância nucleadora original do processo. O governo eleito em 1993 havia se sensibilizado pela necessidade de implantar programas e projetos que amenizassem as dificuldades dos produtores rurais, que atravessavam naquele momento inúmeros problemas de ordem financeira e social face a situação de declínio da atividade agrícola que o município vivia. Havia já a percepção da equipe dirigente, segundo as declarações dos entrevistados, que o processo de desenvolvimento rural deveria permitir a integração dos agricultores, envolvendo relações entre suas 62 comunidades, favorecendo troca de conhecimentos e aquisição de novos processos tecnológicos.

O êxodo rural era a expressão da dificuldade enfrentada pelos pequenos produtores rurais, que tinham ao abandonarem o campo a expectativa de morar na cidade

em busca de melhores condições de vida e uma renda fixa mensal, circunstância que passava a exigir resposta do governo municipal. O despreparo da gestão municipal em atender a demanda vinda do campo, a impossibilidade de oferta de novos postos de trabalho na cidade para absorver a mão de obra que se apresentava, favorecia um acelerado processo de marginalização social dessas populações antes trabalhadoras. A paisagem urbana começava a se alterar com a presença de novos núcleos de favelamento diante da exclusão social advinda da impossibilidade de provimento do sustento das famílias.

No mesmo ano, a população do meio rural foi convocada através de programas diários de rádio, a se reunirem em suas comunidades e apresentarem suas reivindicações diante do prefeito e vereadores. Nessas reuniões realizadas em todas as comunidades do município, os agricultores através de votos ou simples indicações, escolhiam três representantes da comunidade local para que fossem representados em seus interesses diante do poder municipal.

Sob a decisão política outorgada pelo chefe do executivo municipal, esse processo de estímulo a participação ocorreu com a vinculação de amplos setores governamentais através das lideranças do governo, incluindo as áreas da educação, saúde, agricultura, ação social, obras, administração, finanças, indústria e comércio e câmara municipal. Com um total de 120 líderes, representando todos os setores sociais do município, foi formado o Conselho do projeto de Desenvolvimento Rural do Município, dele participando: agricultores, industriais, comerciantes, sindicalistas, moradores, através de suas representações nos conselhos das associações de base territorial, organizações sociais como Clube do Vovô, associação de mulheres rurais, clubes de mães, Rotary Clube, associação de produtores, associação comercial, cooperativas e Emater.

A partir da dinâmica da organização do Conselho do projeto de Desenvolvimento Rural foi possível envolver na gestão pública novos mecanismos para as decisões políticas, para definição de prioridades, sendo criadas instâncias intermediárias para o processo através dos conselhos setoriais, tornando o conselho do PDR um conselho ampliado para a gestão municipal. Sua constituição assim ficou definida: 1 representante do Estado (Emater), 1 representante da prefeitura (o próprio prefeito), 4 representantes da central de associações, 1 representante do conselho Paraná, 1 representante da associação comercial, 1 representante do sindicato rural, 1 representante do sindicato dos trabalhadores rurais, 1 representante da Câmara dos vereadores, 1 representante da cooperativa rural, 1 representante da associação de mulheres rurais. Todas as decisões são tomadas através de voto, cabendo ao município a representação por um voto, que é a do prefeito. Embora esse conselho tenha sido criado com o propósito do desenvolvimento rural, ou municipalização da agricultura, passou a atuar como o conselho gestor do município, ampliando progressivamente seu espectro de atuação. Sendo os foros instância de participação permanentes, mesmo com a mudança das ênfases dos problemas inicialmente relacionados as questões da atividade agrícola, os agricultores convocados no início do processo para se reunirem e identificarem os seus problemas, não deixaram a manutenção dessa participação e de seu papel enquanto grupo. Dessa forma todos os grupos continuaram a se reunir para a identificação dos problemas e proposição de soluções, tornando a troca de experiências uma necessidade para a discussão dos encaminhamentos e a representação, como forma de expressão do desejo da grande maioria, as bases para a construção dessa nova dinâmica da gestão pública. Os conselhos setoriais se reúnem sistematicamente e o Conselho de Desenvolvimento Rural, mensalmente. Apenas o exercício continuado da participação permite que as

decisões possam contemplar as necessidades da maioria da população, evitando a focalização de questões particulares pertinentes a áreas ou grupos específicos.

Nessas reuniões são avaliados os processos em curso e readequados quando necessário. Toda a aplicação do orçamento do município é orientada pelas necessidades identificadas nesses foros em decisões consensuadas.

As organizações do governo municipal são flexíveis às necessidades de mudanças que exigem algumas ações, e embora existam algumas singularidades dos setores da administração necessários de serem preservados, os representantes institucionais e funcionários participam ativamente nos projetos globais do município e acatam e buscam implementar as decisões tomadas pelo Conselho Municipal.

Os recursos necessários para a execução das ações são em sua maioria de origem governamental, mas a população participa em projetos chamados de contra-partida. Um exemplo é o caso do Clube do Vovô, a construção do prédio foi realizada com recursos públicos municipais e a sociedade local mantém em funcionamento todas as atividades, com recursos próprios. Há evidências de mudança de postura da população com relação aos problemas da municipalidade, segundo declaração do prefeito, os produtores e comerciantes passaram a ter compromisso com a campanha de emissão de nota fiscal nas vendas. Esta iniciativa para ampliar a arrecadação municipal, além do esclarecimentos da sua importância para a população, passou a ter adesão dos emissores por uma maior credibilidade na gestão municipal, configurando uma atitude mais solidária da comunidade local como um todo.

Tendo a iniciativa do Conselho do PDR ampliado seu espectro de abrangência, o processo de gestão para implementação das ações diversificadas pertinentes aos demais setores governamentais tiveram formalizados vários programas e projetos nas respectivas áreas envolvidos de acordo com as prioridades identificadas.

As ações serão descritas e caracterizadas adiante, aqui apenas citadas dentro de seus enfoques específicos em programas e projetos:

Ação Social: Programa da Gestante, Programa Creche, Programa educacional e de Ocupação da criança e Adolescente, Programa da Infância e Adolescência Indígena, Estação do Ofício, Da Rua para a Escola, Grupo de Produção/ Ofício, Clube de Mães, Casa da Família, Vila Rural, Programa de Auxílio Alimentação (leite de soja, farinha multimistura, e padaria comunitária), Hortas Comunitárias, APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, Associação de Proteção à Maternidade e Infância, Atendimentos Emergenciais, Programa Centro de Convivência do Idoso, Fomento de Novas Organizações Comunitárias e Associativas.

Saúde: Programa de Planejamento Familiar, Oftalmológico Escolar, Audição Escolar, Oftalmológico Geral, Hipertensão, Diabetes, Verminose, Vacinoterapia Volante, Odontologia Escolar, Clínica do Bebê, Alcoolismo, Psiquiatria Familiar, Controle da Dengue, Materno Infantil, Transporte, Programa de Saúde da Família, Carências Nutricionais, Saúde Indígena, Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Educação: Projeto Nuclearização do Ensino, Casa da Família Rural, Educação Ambiental, Alfabetização de Adultos, Transporte Escolar, Capacitação de Funcionários, Informatização Rural e Urbana, Capacitação do Terceiro Ciclo - Projeto Faculdade.

Agricultura: Programa de Produção Vegetal, Cultura e Lazer, Produção Animal, Organização Rural, Preservação do Meio Ambiente, Casa do Agricultor.

Indústria e Comércio: Programa de Qualidade Agroindustrial, Programa de Desenvolvimento de Emprego e Renda – PRODER, Vila Rural – integração emprego e moradia, Barracão Industrial, Profissionalização - Projeto Estação do Ofício.

Esporte e Cultura: Programa Vida Própria nos Bairros, Projeto Rodeio do Bagre, Projeto Pesque e Pague, Projeto Festa das Nações, Projeto Canta Terra, Projeto Festa do Agricultor, Festa do Pêssego.

3-4 - AS LINHAS DE AÇÃO EXPRESSAS NA NOVA POLÍTICA

Conforme o exposto no quadro do anexo1, as linhas que serão objeto de discussão e detalhamento a seguir foram identificadas pelos termos da carta de Ottawa que são:

3-4-1-Elaboração de Políticas Públicas Saudáveis

3-4-2-Reforço da Ação Comunitária

3-4-3-Criação de Ambientes Favoráveis

3-4-4-Desenvolvimento de Habilidades Pessoais

3-4-5-Reorganização de Serviços de Saúde.

3-4-1– Elaboração de Políticas Públicas Saudáveis:

LINHAS DE AÇÃO	CATEGORIA	ASPECTOS
Elaboração de Políticas Públicas Saudáveis	Intersetorialidade	Plano de desenvolvimento Rural – Projeto comum Setores: agricultura, educação, saúde, ação social obras e viação, indústria e comércio, cultura e esporte, meio ambiente

“Para promover a saúde deve-se ir além do mero cuidado da mesma. A saúde tem que fazer parte da ordem do dia dos responsáveis pela elaboração dos programas políticos, em todos os setores e em todos os níveis, com o objetivo de fazê-los tomar consciência das conseqüências que suas decisões podem ter para a saúde, e levá-los a assumir a responsabilidade que têm a esse respeito.

A política de promoção da Saúde tem que combinar enfoques diversos, se bem que complementares, nos quais figuram a legislação, as medidas fiscais, o sistema tributário e as mudanças organizacionais. É a ação coordenada o que leva a praticar uma política sanitária, monetária e social, que permita uma maior equidade. A ação conjunta contribui para assegurar a existência de bens e serviços mais seguros, de maior higiene nos serviços públicos e de um meio ambiente mais limpo.

A política de promoção da saúde requer que se identifiquem e eliminem os obstáculos que impeçam a adoção de medidas políticas que favoreçam a saúde naqueles setores não diretamente implicados com a mesma. O objetivo deve ser conseguir que a opção mais saudável seja, também, a mais fácil de ser realizada pelos responsáveis na elaboração dos programas”. (Carta de Ottawa)

O enunciado da Carta de Ottawa sobre Políticas Públicas categorizou um processo de gestão que tem na intersectorialidade o seu eixo.

Como definição de ação intersectorial temos: “o trabalho coordenado de instituições representativas de diferentes atores sociais mediante intervenções conjuntas destinadas a transformar a situação de saúde e elevar o bem estar e a qualidade de vida da população.” (30)

Então, estamos falando de um processo de gestão pública capaz de **transformar a situação de saúde e elevar o bem estar e a qualidade de vida da população.**

Também na mesma Carta de Ottawa, temos enunciadas as condições e requisitos para a saúde: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema sustentável, justiça social e equidade.

Os governantes, de uma forma geral, desenvolvem programas para melhora de algumas dessas condições enunciadas, há muito tempo. Os governos dos municípios, com maior ou menor compromisso, procuram dar respostas aos cidadãos para essas

necessidades. Do que estamos falando então? O que vamos olhar no município de Chopinzinho?

Vamos buscar os aspectos que possam traduzir a intersetorialidade, como a real participação dos setores públicos e dos cidadãos, em projetos conjuntos que agregadamente e co-responsavelmente visem elevar o bem estar comum.

Uma oportunidade estratégica para o município foi ter elaborado e desenvolvido o Projeto de Desenvolvimento Rural. Por ser um município que tem maior concentração de sua população na área rural, 62%, que vivem em pequenas propriedades e desenvolvem a agricultura familiar, tem sua vocação agrícola. Sua economia é centrada na agropecuária, assim a meta foi fortalecer a economia baseada na agricultura, visando fixar o homem no campo, focalizando as ações na “família”, que tem como base o fomento agrícola e a organização da população, e ampliar a arrecadação para o município.

O Plano de desenvolvimento Rural foi concebido pela Emater do Paraná como uma proposta para os municípios com características agrícolas, que tem por objetivo “organizar ações para promover o desenvolvimento rural através da adequação do processo produtivo das explorações nas cadeias produtivas com o uso adequado de recursos naturais disponíveis e com a capacitação da família rural, de suas instituições representativas e envolvimento dos diversos segmentos que desempenham serviços no meio rural para propiciar melhor qualidade de vida à população rural.” (PDR, 1997, p.12).

Para a elaboração do Plano de Desenvolvimento Rural, foi feito um levantamento diagnóstico da área rural do município. O processo será detalhado mais à frente, aqui serão listados os problemas identificados.

DIAGNÓSTICO: (Fonte: Plano Municipal de Desenvolvimento Rural)

- Na conservação e manejo do solo, muitos produtores não respeitam a aptidão agrícola do solo e não introduzem novas práticas para o seu manejo e conservação sendo freqüente o preparo convencional de solos para o cultivo, resultando numa baixa produtividade.

- Quanto a infra-estrutura de máquinas e equipamentos, ainda predomina a utilização de forma individualizada. As culturas anuais são implantadas com tecnologia menor que a recomendada. A correção do solo é feita aleatoriamente ao tempo em função da situação financeira do produtor.

- Na diversificação das explorações encontram-se dificuldades de expansão em função da falta de recursos nas pequenas propriedades.

- O projeto de readequação e manutenção de estradas rurais tem sua expansão limitada pelo maquinário disponível na Prefeitura Municipal que não consegue atender a demanda.

- Na bovinocultura de leite, os animais são de baixo padrão genético para a atividade e ainda há a falta de equipamentos para o preparo de alimentação do gado.

- Na piscicultura a inexistência de equipamentos que possibilitem o transporte do peixe vivo para outros centros consumidores, impede a expansão e o aprimoramento da atividade na propriedade.

- A existência de outras explorações e atividades que viabilizem a pequena propriedade esbarram no acesso às linhas de crédito oferecidas.

- Na educação o projeto Nuclearização do Ensino teve grandes avanços no aprendizado, mas necessita de melhor infra-estrutura de transporte de alunos e de qualificação dos professores. Também a infra-estrutura dos núcleos para viabilizar a capacitação dos alunos em atividades relacionadas com o meio rural.

- A organização dos agricultores, apesar de bem difundida no meio rural, apresenta dificuldades em função do despreparo das lideranças com as atividades burocráticas exigidas e também da falta de infra-estrutura produtiva que provoque mudanças nos sistemas de exploração.

- Na saúde, o número insuficiente de profissionais com relação a demanda exigida impede o trabalho preventivo nas comunidades. A infra-estrutura dos Posto de Saúde não apresenta condições de atendimento ao grande número de pessoas que procuram estes serviços.

- Na área ambiental, o reflorestamento praticamente não ocorre e em mais de 70% das propriedades não é respeitada a mata ciliar e a reserva permanente, em função da necessidade de cultivar estas áreas com culturas anuais para a sobrevivência da família. O abastecimento de pulverizadores ocorre em grande parte diretamente em rios pela falta de abastecedores comunitários. Em função do desmatamento ocorrido e do desequilíbrio do meio ambiente ter provocado nos últimos anos ataques severos de formigas, inviabilizando inclusive a exploração agropecuária em pequenas propriedades, principalmente em função de as mesmas não apresentam condições de fazer o controle da formiga.

- Na área de bem estar social a modernização agrícola substituiu a mão de obra, levando muitas famílias a viverem em condições precárias em função da falta de renda, provocando a incidência de alcoolismo, drogas e marginalidade. As condições de moradia são precárias em muitas propriedades em função da falta de recursos para construção ou reforma. O saneamento básico é deficiente em muitas propriedades elevando, com isso, as taxas de doenças relacionadas com o mesmo, sobrecarregando a ação curativa.

- A agroindustrialização familiar ou associativa alavancada pelo Sistema de Inspeção Municipal não consegue atingir todos os interessados em função da falta de

recursos dos proponentes e da deficiência de profissionais para a área, bem como de legislação adaptada a pequena propriedade que viabilize o comércio intermunicipal.

- A estrutura técnico administrativa da Prefeitura Municipal e Emater não consegue atender todos os problemas levantados em função da falta de infra-estrutura para o trabalho (veículos, informatização, equipamentos, etc.), bem como de mais técnicos e apoio de pesquisa institucional.

Para seleção dos programas propostos para o Plano de Desenvolvimento Rural do município, foram seguidas as seguintes etapas:

- Levantamento de três prioridades de cada comunidade.
- Aplicação e análise dos dados obtidos dos questionários do Perfil Agropecuário Municipal junto aos produtores rurais.
- Reuniões com produtores rurais através das associações de produtores rurais discutindo suas prioridades.
- Reunião com a Central de Associações de Produtores Rurais para seleção das prioridades discutidas nas associações.
- Reunião com a Comissão Municipal de Solos.
- Reunião com o Conselho Municipal de Desenvolvimento Rural e com a Câmara Técnica, composta pelos técnicos do município.

Após a negociação com todas as entidades e produtores acima citados, deu-se a seleção dos programas que compõe o Plano Municipal de Desenvolvimento Rural (PMDR). Assim, a partir da identificação da vocação do município para propiciar o desenvolvimento local, aliado a um processo de diagnóstico participativo, com indicação dos principais problemas que afetavam as famílias de produtores rurais assim como as questões das áreas sociais também da população da área urbana, iniciou-se um processo

de implementação do Plano de desenvolvimento do município. Esse processo, que conta com a integralidade das ações e participação de todos os setores da gestão, se constituiu a principal política pública do município, seu plano de desenvolvimento.

3-4-2 – Reforço da Ação Comunitária:

LINHAS DE AÇÃO	CATEGORIA	ASPECTOS
2-Reforço da Ação Comunitária	Apoio à organização da sociedade	-Conselho de Desenvolvimento Rural -Conselhos setoriais -Projeto Associativismo -Projeto Sindicalismo -Projeto Cooperativismo -Clube de mães

“A promoção da saúde começa na participação efetiva e concreta da comunidade na eleição de prioridades, na tomada de decisões e na elaboração e desenvolvimento de estratégias para alcançar melhor nível de saúde. A força motriz desse processo provém do real poder das comunidades, da posse e controle que tenham sobre seus próprios esforços e destinos.” (Carta de Ottawa).

O município mobilizou a comunidade à participação, a partir de convocação da população rural a se organizar, identificar os problemas e através de representantes eleitos, apresentá-las ao gestor municipal. Essa convocação foi feita através das rádios locais.

A partir daí, houve grande mobilização da comunidade, de maneira bastante expressiva das comunidades da zona rural.

Para a elaboração do Plano de Desenvolvimento Rural, foram utilizadas as três prioridades que cada comunidade e/ou associação de produtores elegeu para o ano e o resultado da pesquisa do Perfil Agropecuário do município. Nessa pesquisa foram

aplicados 612 questionários por técnicos dos departamentos de agricultura e educação da prefeitura municipal, o que contemplou 21,65% das propriedades rurais. Foi também utilizado o diagnóstico desenvolvido pelas áreas do Bem –Estar Social e Saúde, que foi resultado de uma pesquisa feita na área urbana e rural com a aplicação de 1.250 questionários, em conjunto com o Comitê Municipal da Cidadania. Atingiu 70% da população mais carente do município.

O diagnóstico dos problemas a serem resolvidos pela gestão municipal, contou assim com grande participação da comunidade local.

Para o desenvolvimento do plano, foi eleito um comitê gestor, o Conselho de Desenvolvimento Rural, que é constituído pelas seguintes entidades :

Prefeitura Municipal de Chopinzinho, Cooperativa Agropecuária Sudoeste Ltda, Associação Central de Produtores Rurais de Chopinzinho, Conselho Municipal do Projeto Paraná 12 Meses, EMATER – Paraná, Associação Comercial e Industrial de Chopinzinho, Câmara de Vereadores, Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Chopinzinho, Sindicato Rural de Chopinzinho, e uma câmara técnica composta por técnicos de todos os setores do município.

Após negociação com todos as entidades citadas deu-se a seleção dos programas e projetos que fazem parte do plano.

O Conselho de Desenvolvimento Rural recebe a demanda de todos os demais Conselhos setoriais do município e tem a função de adequar e acompanhar a execução do Plano, cumprindo o papel de conselho gestor municipal. A cada ano o plano é reformulado de acordo com as necessidades sentidas na avaliação da implementação.

Faz parte do plano de desenvolvimento o programa de Organização rural, que conta com três projetos de naturezas diferentes, que favorecem a organização da sociedade de Associativismo, de Sindicalismo e de Cooperativismo.

As associações buscam organizar os setores sociais para aumentar-lhes a capacidade de participação, representação e co-responsabilização nos processos da gestão municipal e do seu “empoderamento”. Como exemplos temos as associações dos produtores rurais e os clubes de mães. Convém ressaltar a associação de mulheres trabalhadoras rurais, que se organizou a partir do estímulo do projeto e tem uma participação e atuação importante no conselho gestor municipal. Existem hoje mais de 30 associações de produtores, englobando 1.400 produtores em mais de 200 grupos, e ainda 68 clubes de mães com 2.100 sócias.

O projeto de sindicalismo visa organizar e capacitar os produtores rurais para que adquiram maior representatividade no processo do desenvolvimento agropecuário e na elaboração e execução dos planos de desenvolvimento do município e da região.

O projeto de cooperativismo visa o estabelecimento de cooperativas de produção e de crédito. A ação cooperada passa a ser uma forma de maior envolvimento e controle no mercado e na produção agrícola do município e região.

É interessante notar que a população do município foi mobilizada a se organizar para participar da gestão municipal de diversas formas, com o estímulo e apoio do poder público. Na visão dos gestores municipais, segundo declarado em entrevistas, com uma maior participação existe também uma distribuição de responsabilidade na tomada de decisão; portanto os cidadãos são participes da execução da política local de desenvolvimento, não cabendo mais o papel de ator passivo da população no processo da gestão e tampouco a orientação apenas “político-eleitoreira” do gestor.

3-4.3 – Criação de Ambientes Favoráveis:

Quadro 3:

LINHAS DE AÇÃO	CATEGORIA	ASPECTOS
3-Criação de Ambientes Favoráveis	<p>Condições ambientais naturais</p> <p>Trabalho</p> <p>Lazer</p> <p>Escolas</p>	<p>-Programa de Produção Vegetal</p> <p>-Projeto de reciclagem de dejetos animais</p> <p>-Projeto Proteção de Mananciais e matas ciliares</p> <p>-Projeto controle da formiga</p> <p>-Projeto reflorestamento conservacionista</p> <p>-Projeto Florestas para produção</p> <p>-Sub-projeto implantação de povoamentos florestais homogêneos para produção de madeira</p> <p>-Sub-projeto de Florestas Municipais de Produção</p> <p>-Sub-projeto arborização urbana e rodoviária</p> <p>-Projeto Conservação e Manejo do Solo</p> <p>-Projeto de adequação e readequação de estradas rurais</p> <p>-Projeto de Saneamento Básico Rural</p> <p>-Projeto Nuclearização do Ensino</p> <p>-Projeto Casa Familiar Rural</p> <p>-Programa Educacional e de Ocupação da Criança e Adolescentes</p> <p>-Projeto Estação do Ofício</p> <p>-Grupo de Produção/Ofício</p> <p>-Vila Rural</p> <p>-Projeto Fruticultura e Horticultura</p> <p>-Projeto de melhoria da infra-estrutura de máquinas e equipamentos comunitários</p> <p>-Programa de Qualidade na Agroindústria</p> <p>-Programa de Desenvolvimento de Emprego e renda</p> <p>-Barracão Industrial</p> <p>-Projeto pesque-pague</p> <p>-Projeto Casa do Agricultor</p> <p>-Casa da Família</p>

“Nossas sociedades são complexas e estão relacionadas entre si de forma que não se pode separar a saúde dos outros objetivos. Os laços que, de uma forma intrínseca, unem o indivíduo e seu meio constituem a base de uma aproximação sócio-ecológica da saúde. O princípio que deve guiar o mundo, as nações e as comunidades tem de ser a

necessidade de fomentar o apoio recíproco, de proteger-nos uns aos outros, assim como nossas comunidades e nosso meio natural. Deve-se colocar em destaque que a conservação dos recursos naturais do mundo todo é responsabilidade mundial.

A mudança do modo de vida, de trabalho e de lazer afeta de maneira muito significativa a saúde. O trabalho e o lazer devem ser fonte de saúde para a população. O modo como a sociedade organiza o trabalho deve contribuir para a criação de uma sociedade saudável. A promoção da saúde gera condições de trabalho e de vida gratificantes, agradáveis, seguras e estimulantes”. (Carta de Ottawa)

A Carta de Ottawa propõe a criação de ambientes favoráveis à saúde em todos os espaços de convívio das pessoas e no modo de organização dos processos sociais. Para proteger a saúde é necessário que se proteja tanto os ambientes naturais como os artificiais. Milhões de pessoas vivem hoje em condições de extrema pobreza e privação, dentro de um ambiente que, cada vez mais, está sendo degradado e ameaçando a sua saúde. A forma de condução pretendida pela promoção da saúde baseia-se em fazer com que o ambiente – físico, social e econômico – apóie a saúde, ao invés de prejudicá-la.

Ao falar das dimensões para a ação em ambientes que apóiam a saúde, a Declaração de Sundsvall se refere aos *ambientes de suporte*, referindo-se aos aspectos tanto físicos quanto sociais, de nosso entorno. Eles englobam os locais em que as pessoas vivem, suas comunidades locais, suas casas e seus locais de trabalho e de lazer. Eles também englobam a estrutura que determina o acesso a recursos para a vida e oportunidades de empoderamento (empowerment). Tal ação para criar *ambientes de suporte* para a saúde possui diversas dimensões: física, social, espiritual, econômica e política. Cada uma dessas dimensões são ligadas inseparavelmente às outras em uma interação dinâmica.

Ao examinarmos o Plano Municipal de Desenvolvimento Rural de Chopinzinho, podemos selecionar os projetos e programas que foram criados e que respondem de certa forma aos princípios enunciados pela promoção da saúde, que estão sintetizados no quadro 3.4.3

A partir do diagnóstico feito pelo município, onde foram identificados os principais problemas da comunidade e os recursos ambientais disponíveis para dar suporte às necessidades, ficou evidenciada a necessidade de intervir de forma a reconstituir as condições naturais de solo e florestal. Por se tratar de um município de vocação agrícola, e de uma atividade familiar na agricultura, os problemas encontrados, que já foram relacionados aqui, ganharam extrema importância dentro da política de desenvolvimento que estava sendo proposta. Assim os projetos que foram desenhados para a área ambiental vieram ao encontro das necessidades sentidas pelos agricultores.

As estradas foram readequadas para possibilitar ao agricultor o acesso ao centro urbano, de onde adquire os insumos para sua atividade e para o sustento de sua família, e lhes permite o acesso a bens e serviços sociais, assim como possibilita o escoamento da produção para comercialização. De 1994 a 1998, foram readequados 264 km de estradas vicinais na área rural do município, como demonstra o quadro abaixo.

Quadro 5 : No. de quilômetros de estradas que foram readequadas, nos anos de 1992 a 1993:

ANO	No. de Kilometros
1992	5
1993	10
Total	15

Fonte: Prefeitura Municipal de Chopinzinho - 1998

Quadro 6 : No. de quilômetros de estradas que foram readequadas, nos anos de 1994 a 1998:

Ano	No. de Kilometros
1994	90
1995	40
1996	80
1997	32
1998	22
Total	264

Fonte: Prefeitura Municipal de Chopinzinho - 1998

Atualmente, 62 km de estradas estão asfaltadas, 310 km estão readequadas, 46 km com pedras irregulares, 400 km com revestimento primário e 286 km estão sem revestimento, o que significa que dos 1104 km de estradas municipais, apenas 25,8% estão sem revestimento.

O Programa de Produção Vegetal proposto, se constitui de produção de hortaliças, para a alimentação familiar do agricultor e comercialização no município, estímulo à fruticultura, no intuito de melhorar a renda dos agricultores, estímulo à agricultura orgânica, destino adequado do resíduo químico da adubação, melhora da produtividade das lavouras anuais, melhora da infra-estrutura de máquinas e equipamentos comunitários, conservação e manejo do solo.

Houve nos últimos cinco anos a implementação da fruticultura no município, com o objetivo de melhorar a agregação de renda por área, com a plantação de maracujá, pêssego e uva. Houve um aumento crescente da área cultivada e um sensível aumento da renda do agricultor, em comparação com as culturas tradicionais como o milho, como mostram os quadros seguintes.

Quadro 7: Evolução da área de fruticultura, em ha., no município de Chopinzinho, nos anos de 1994 a 1999

Espécie	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Maracujá			1	3	9	25
Pêssego	20	35	55	70	97	101
Uva				12	15	19

Fonte: Prefeitura Municipal de Chopinzinho – 1999

Quadro 8 : Comparativo de renda familiar conforme tipo de produção por hectare.

Produto	Produção	Custo (R\$)	Venda (R\$)	Lucro (R\$)
Milho	70 sacas	5,00	6,00	70,00
Pêssego	17 ton.	0,18/kg	0,55?kg	5.920,00
Maracujá	10 ton.	0,10/kg	0,50kg	4.000,00
Pisicultura	04 ton.	0,23/kg	0,50/kg	2.680,00
Sericultura	840 kg	0,84/kg	2,80/kg	1.980,00

Fonte: Plano Municipal de Desenvolvimento Rural, 1998

No Programa de preservação do meio ambiente, a questão de proteção de mananciais e matas ciliares, de reflorestamento produtivo e conservacionista, reciclagem dos dejetos animais, o depósito de lixo tóxico e o controle das formigas que estavam impedindo a produção adequada das lavouras, são ações de preservação e utilização racional dos insumos para conservação do meio ambiente. Esses cuidados com o meio ambiente físico, do qual depende grande parte da população do município na obtenção de seu sustento e que culturalmente deverá manter-se assim, garantem a sustentabilidade dos recursos naturais para as gerações futuras.

Nos Programa de Assistência Social, foram executados projetos de melhora das condições de moradia tanto para a população da área rural, como da área urbana. Na área rural, o projeto de construção e reforma de moradias, eletrificação, e telefonia, assim como o saneamento básico. Para as famílias pobres, que estavam morando em condições precárias em núcleos de “favelamento” criados a partir da migração do campo,

foram criados o projeto de Vila Rural, para as pessoas que tem a aptidão agrícola, que são bóias-frias ou trabalhadores rurais volantes, que durante a entre-safra não tem meios de subsistência. Nessa vila, as famílias recebem suas casas com um terreno de 5.000 metros, onde podem produzir alimentos para a subsistência, aumentar a capacitação das mulheres e jovens em ofícios que possam ser absorvidos pelo mercado de trabalho local.

Para a área urbana, foi criada a Cooperativa de Habitação de Chopinzinho, que executa junto com a administração municipal o Projeto Casa da Família, que tem por objetivo a remoção das famílias de baixa renda, instaladas em núcleos de favelamento, para locais com infra-estrutura adequada. As casas são construídas em processo de mutirão e a prefeitura participa do processo como parceira, facilitando os recursos financeiros e dos projetos, incentivando a população à adesão ao cooperativismo e proporcionando o acompanhamento com programas sociais especiais junto aos conjuntos habitacionais.

Com relação ao ambiente de trabalho, os projetos desenvolvidos não se concentram no ambiente físico, mas oferecem oportunidade para o desenvolvimento e melhora da qualidade de vida das pessoas. Como exemplo, para o trabalho agrícola, os projetos de melhora das condições do solo, estradas, máquinas e implementos de uso coletivo nas associações, capacitação com novas tecnologias de preparo e cultivo do solo, trouxeram benefícios quanto à produção de um ambiente físico mais adequado às necessidades dos trabalhadores rurais, assim como uma possibilidade de aumento da renda familiar. O incentivo às associações de produtores, à organização sindical e cooperativa, oferecem oportunidade de voz, de representatividade e de participação nas definições da política e ações necessárias ao desenvolvimento humano e social dos agricultores e seus familiares. Os projetos que enfocam a profissionalização, capacitação

das pessoas para a inserção no processo de trabalho, como a Estação do Ofício e o Grupo de Produção/ Ofício tem como alvo a população com menor oportunidade de acesso a bens sociais ou em risco de marginalidade .O Grupo de Produção/ Ofício que tem como objetivo oportunizar a adolescentes com idade entre 13 e 16 anos, uma ocupação com aprendizado de um ofício, para ter acesso a algum ganho financeiro para suprir as suas necessidades básicas.

O projeto do Barracão Industrial, desenvolvido em parceria com o governo do Estado do Paraná, tem como objetivo a instalação de novas indústrias no município para aumentar a oferta de empregos. A área destinada à construção desses barracões é contígua à do projeto Casa da família, que se constitui em um conjunto habitacional destinado à população mais pobre e sem acesso a emprego do município. O intuito é capacitar essas pessoas para o trabalho nas indústrias que se instalam ali e, ao mesmo tempo, que possam trabalhar próximo de suas casas, criando uma situação mais confortável ao trabalhador.

Os projetos relacionados à educação, trazem o enfoque das escolas como os propostos para as Escolas Promotoras de Saúde , pela Organização Panamericana de Saúde.

O projeto de nuclearização do ensino tem como propósito a melhora da qualidade do ensino e assegurar educação para todos no município. Teve seu início em 1993, quando o município contava com 79 escolas isoladas e distribuídas na zona rural, com baixa qualificação do ensino. Essas escolas foram desativadas e houve a concentração dos alunos em nove núcleos de educação na zona rural, incluindo um na área indígena, e um núcleo na área urbana. Esses núcleos oferecem a educação formal, mas contam também com um espaço físico que permite à população rural usá-lo como um espaço social de convívio, para a prática de esportes, para receberem atenção pelos programas

de saúde e assistência médica. Para garantir o acesso e diminuir a evasão escolar, o município oferece o transporte escolar gratuito a todos os alunos, o que lhes amplia o acesso a todos os níveis de escolarização. O transporte escolar é feito por 39 linhas, percorrendo um total de 4.938 km/dia, transportando 4.200 alunos por dia. Segundo informação da administração municipal, o município gasta 9,4% de sua receita com transporte escolar. Como resultados apontados por essas iniciativas, houve uma redução significativa na evasão escolar, que de 6,24% em 1992 diminuiu para 1,4% em 1998, aumento do número de alunos da educação infantil de 258 alunos em 1992 para 799 em 1999,

Outro projeto o da Casa Familiar Rural, baseado na pedagogia da alternância, permite que os alunos de primeiro e segundo graus permaneçam duas semanas nas propriedades rurais e uma na escola, que é administrada por uma associação de famílias dos alunos. Tem como objetivo, além do ensino formal, capacitar os jovens do meio rural para uma formação adequada à sua realidade, com ensino de novas tecnologias agrícolas. Essas tecnologias aprendidas são repassadas para a família pelos jovens. Esse processo fomenta no jovem agricultor o sentido de comunidade, vivência grupal, aproximação ao núcleo familiar e desenvolvimento do espírito associativo, portanto contribuindo também para o seu desenvolvimento, na formação de sua personalidade.

A pedagogia de alternância não funciona sem a participação e responsabilidade das famílias, por isso as Casas Familiares Rurais são administradas por associações de famílias de seus alunos, que elegem um conselho para a sua administração.

O programa do Centro educacional e de Ocupação da Criança e do Adolescente, tem como objetivo principal propiciar às crianças e adolescentes em situação de miserabilidade e risco social condições de acesso a instrumentos que possibilitem-lhes a satisfação de suas necessidades básicas elevando a qualidade de vida bem como o

desenvolvimento de habilidades e potencialidades. Sua população alvo é de crianças e de adolescentes de 7 a 14 anos. As atividades são desenvolvidas em dois períodos e as crianças o frequentam no contraturno da escola, mantendo-se em atividades artísticas, culturais, esportivas e de lazer. Com orientações de prevenção de problemas de saúde física e mental, inicialização à profissionalização e valorização ao desenvolvimento da personalidade saudável.

Foram desenvolvidos vários projetos comunitários de lazer, alguns ligados à atividade produtiva dos agricultores.

O projeto Vida Própria nos Bairros, cria espaços de organização, socialização e lazer para a comunidade. São desenvolvidas atividades educativas e esportivas, sendo organizadas competições para estimular a participação nos esportes.

A questão de gênero aparece de forma interessante nessa área. Tradicionalmente o jogo de bocha é próprio dos homens, porém as mulheres de Chopinzinho reivindicaram a participação e uso dos campos para jogarem também. Foram feitas votações nas associações e as mulheres ganharam o direito de usar os campos e participarem de competições.

4-4 – Desenvolvimento de Habilidades Pessoais:

LINHAS DE AÇÃO	CATEGORIA	ASPECTOS
4.4-Desenvolvimento de Habilidades Pessoais	Auto Determinação	<ul style="list-style-type: none"> -Clube do Vovô -Programa Educacional e de Ocupação da Criança e Adolescentes - Educação Ambiental -Alfabetização de Adultos -Capacitação para o terceiro Ciclo -Transporte Escolar -Informatização das Escolas -Da Rua Para a Escola -Projeto de Nuclearização do Ensino -Projeto Casa do Agricultor -Projeto Associativismo -Projeto Sindicalismo -Projeto Cooperativismo -Projeto Estação do Ofício -Grupo de Produção/Ofício -Programa Creches -Programa da Infância e Adolescência Indígena -Clube de Mães -Casa da Família -Projeto Vilas Rurais -Associação de Proteção à Maternidade e Infância -Projeto Construção e Reforma de Moradias, instalação de Energia elétrica e Telefonia Rural -Projeto Indígena -Projeto Cozinha Comunitária/ Alimentação Alternativa

“A promoção da saúde favorece o desenvolvimento pessoal e social, de forma a proporcionar informação e educação sanitária e a aperfeiçoar as aptidões indispensáveis à vida. Deste modo, incrementam-se as opções disponíveis para que a população exerça um maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente e para que opte por tudo que propicie saúde.

É essencial proporcionar os meios para que, ao longo de sua vida, a população se prepare para as diferentes etapas da mesma e enfrente as enfermidades e lesões crônicas. Isto só será possível através das escolas, lares, lugares de trabalho e ambiente comunitário, no sentido de que exista uma participação ativa por parte das organizações

profissionais, comerciais e beneficentes, orientada tanto ao exterior como ao interior das próprias instituições.” (Carta de Ottawa)

Vários projetos propostos pelo Plano de Desenvolvimento do município contemplam os requisitos necessários à habilitação das pessoas para o auto-cuidado e auto determinação.

Projeto como o Clube do Vovô, espaço de convivência, que agrega atividades sociais, de lazer, de educação e de saúde, com participação atuante dos idosos associados, se constitui como facilitador para alcançar o objetivo da capacitação dos cidadãos para o auto-cuidado e determinação. Esta natureza de atividade estimula os idosos para a vida e oportuniza a possibilidade de continuar o seu desenvolvimento, se alfabetizando, controlando seus problemas de saúde e tornando-os psiquicamente ativos, pela convivência em grupo e atividades de lazer que desenvolvem.

Os projetos ligados à educação relacionados promovem a formação de personalidades mais saudáveis, com capacitação para atividades de trabalho, orientações de cuidados de saúde, proteção contra a marginalidade e violência às crianças e adolescentes do município, e também aos adultos, com forte enfoque de melhora da situação de pobreza. Facilitam o acesso à informação, socialização e capacitação dessas pessoas que até então se encontravam excluídas socialmente e em situação de risco.

Os projetos ligados ao trabalho agregam a formação de liderança, a ênfase ao desenvolvimento social e cultural, a melhora das condições de vida e o resgate da cidadania. Desta forma a participação, capacitação, e co-responsabilização no processo de gestão local, amplia o espaço de busca dos interesses dos cidadãos e um maior compromisso político com as melhorias nas condições de desenvolvimento humano e social.

Os projetos ligados às associações de interesses diversos, além dos aspectos específicos a que se referem, nas creches, clube de mães, cozinha e hortas comunitárias, vilas rurais, agregam um forte enfoque de apoio ao desenvolvimento saudável, fortalecendo as relações mais solidárias e a habilitação das pessoas para o auto-cuidado. Oferecem programas educativos sobre questões de higiene, alimentação, cuidado nos lares, cuidados com as crianças, planejamento familiar e de prevenção de problemas de saúde como de doenças sexualmente transmissíveis.

4-5 – Reorganização dos serviços de saúde:

LINHAS DE AÇÃO	CATEGORIA	ASPECTOS
4.5-Reorganização de Serviços de Saúde	Gestão definida por prioridades socialmente identificadas	<ul style="list-style-type: none"> -Programa de Planejamento Familiar -Oftalmológico e Auditivo Escolar -Oftalmológico Geral -Hipertensão -Diabetes -Verminose -Vacinação Volante -Odontologia Escolar -Clínica do Bebê -Alcoolismo -Psiquiatria Familiar -Controle da Dengue -Materno Infantil -Médico de Família -Carências Nutricionais -APAE -Doenças sexualmente transmissíveis -Clube do Vovô -Projeto Nuclearização do Ensino -Programa Educacional e de Ocupação da Criança e do Adolescente -Da Rua Para a Escola -Projeto Cozinha Comunitária/ Alimentação Alternativa -Associação de Proteção à Maternidade e Infância -Programa da Infância e adolescência Indígena -Programa Creche -Clube de mães -Programa de Auxílio Alimentação -Hortas Comunitárias

“ A responsabilidade pela promoção da saúde por parte dos serviços sanitários é dividida entre os próprios indivíduos, grupos comunitários, profissionais da saúde, instituições e serviços sanitários e os governos. Todos devem trabalhar em conjunto para conseguir um sistema de proteção da saúde.

O setor sanitário deve exercer um papel cada vez maior na promoção da saúde de tal forma que transcenda a mera responsabilidade de proporcionar serviços clínicos e médicos. Esses serviços devem tomar uma nova orientação que seja sensível às necessidades culturais dos indivíduos e as respeite. Assim mesmo deverão favorecer a necessidade, por parte das comunidades, de uma vida mais sadia e criar meios de comunicação entre o setor sanitário e os setores sociais, políticos e econômicos.

A reorientação dos serviços sanitários exige, igualmente, que se preste maior atenção à investigação sanitária, assim como às mudanças na educação e formação profissional. Tudo isto acabará produzindo uma mudança na atitude e organização dos serviços sanitários, de forma a girarem em torno das necessidades do indivíduo como um todo.”(Carta de Ottawa)

O sistema de saúde do município conta com 1 centro de saúde na zona urbana e 9 na zona rural, onde é feito o atendimento dos programas específicos de assistência à saúde, no nível básico de atenção. A assistência especializada é dada através da Associação dos municípios da região, no consorcio intermunicipal, com sede em Pato Branco, que dista 20 km de Chopinzinho. O transporte dos pacientes à referência é feito pelo município. Conta ainda com dois hospitais gerais que são privados, e onde é feito o atendimento das urgências. O apoio laboratorial é dado por um laboratório próprio do município que atende à sua rede básica, os exames especializados são feitos através do Centro Regional de Especialidades.

Os medicamentos são fornecidos através da farmácia básica do Estado, aquisição de medicamentos pela prefeitura para fornecimento à população mais pobre.

Os centros de saúde da zona rural, na verdade funcionam nos núcleos de educação, que são prédios construídos para atender à educação, esporte e cultura e à saúde. Utilizam a estrutura do transporte escolar da área rural para o deslocamento das pessoas para o atendimento em saúde e execução dos programas preventivos e de orientação sanitária. Dessa forma o acesso à atenção a saúde foi ampliado a essa população que encontrava maiores dificuldades para tal.

Os programas específicos da área da saúde tentam contemplar os principais problemas identificados na população e desenvolver os programas preventivos e educativos conhecidos. Um projeto inovador é o da Psiquiatria Familiar, que é desenvolvido no Centro de saúde da área urbana, sob a orientação de duas psicólogas e uma assistente social. Foram identificados todos os casos de transtornos mentais existentes no município. Os pacientes que estão em tratamento são visitados pelas técnicas e auxiliares de saúde para controle do uso do medicamento, que o município fornece regularmente, e orientação dos cuidados que a família pode ter, assim como do relacionamento dessa com o paciente. Esse programa está conseguindo, segundo informação dos técnicos do município, manter em tratamento domiciliar a grande maioria dos pacientes, tendo diminuído expressivamente o número de internações psiquiátricas e conseqüentemente melhorado a qualidade de vida desses pacientes. Essa informação também não conta com dados sistematizados no município. As informações sobre internações hospitalares do município no Sistema de Informações Hospitalares do SUS é bastante prejudicado.

A grande preocupação do município é com a melhora das condições de vida da população mais pobre para a elevação dos níveis de nutrição e desenvolvimento físico e

psíquico, como forma de elevar também os níveis de saúde. Nesse grupo estão agregadas as 2 colônias indígenas, que pela pouca atenção e cuidado que vinham recebendo, viviam em precária situação de higiene, nutrição e moradia. Houve uma mobilização da gestão local para chamar atenção ao cuidado dos índios junto à Funai e a gestão municipal resolveu em junho de 1996, após reuniões com as secretarias Estaduais de Saúde e Meio Ambiente do Paraná, “entrar na área indígena” para atender as necessidades básicas dessa população. Foi identificado um alto grau de pobreza, problemas de desnutrição, alcoolismo, promiscuidade e a mortalidade infantil também era bastante expressiva na reserva. O município passou a fazer o atendimento dos problemas de saúde, das gestantes, desenvolveu processos de educação em saúde, com equipes de profissionais que vão prestar atendimento na área indígena. Desenvolveu com a comunidade o Centro de Cultura Indígena para venda do artesanato, a fim de propiciar alguma renda às famílias.

Os projetos relacionados na planilha enfocam o desenvolvimento bio-psíquico-social das pessoas. Os idosos, organizados em associações como o Clube do Vovô, recebem atendimento no próprio clube, para controle dos problemas crônicos, como hipertensão e diabetes. Segundo relato de funcionários municipais houve diminuição do número de internação de idosos do município, diminuiu o atendimento de urgência para essa população e diminuiu a incidência de quadros depressivos. O município não tem esses dados de uma forma sistematizada. Crianças e adolescentes têm um forte trabalho de proteção, haja visto o conteúdo dos projetos direcionados a essa população, inclusive a indígena. O grande investimento no desenvolvimento saudável das crianças e jovens do município traz a possibilidade de agregar novos valores à saúde, relacionados com os seus determinantes. Há a possibilidade de que esse processo tenha sustentabilidade, já

que a habilitação e o empoderamento da população como um todo está permeado pelas questões de educação, da boa saúde e de cidadania.

Importante notar no município, que conta apenas com uma unidade de saúde convencional na área urbana, mas que criativamente estende a assistência e os programas preventivos e educativos a todos os espaços comunitários de que dispõe, como clube do vovô, clube de mães, creches, nos núcleos do projeto vida própria nos bairros, nos núcleos de ensino na área rural, ampliando consideravelmente o acesso às informações e aos cuidados em saúde à população.

Ao examinarmos os indicadores de saúde do município, (**Anexo 3**), podemos observar que os indicadores clássicos de saúde, como mortalidade infantil, mortalidade geral e mortalidade por doenças transmissíveis tiveram um aumento a partir de 1996, com tendência de queda em 1998. Esse fato foi atribuído pelo secretário municipal de saúde à incorporação da notificação da área indígena, que a partir de 1996 começou a ser assistida pelo município. Portanto ainda não se vê mudança de melhora nos indicadores de saúde do município, se considerarmos como ano base 1993.

CAPÍTULO IV

A PROMOÇÃO DA SAÚDE: À PROPÓSITO DE UMA CONCLUSÃO PROCESSUAL

4.1 – A transição dos conceitos e princípios.

Ao examinarmos o conceito de saúde ao longo da história, podemos observar mudanças na agregação de idéias e valores que ao firmarem e exprimirem concepções circunscritas a esse tema, relevam as múltiplas dimensões do viver e das relações que os homens estabelecem entre si e com o mundo, ou com os vários aspectos do que é natural além da condição humana, em um dado tempo histórico. Dizendo de outra forma, os conceitos são produções históricas dos homens, retratando neles seu tempo. Assim no mundo greco-romano a saúde estava vinculada conceitualmente a relações de harmonia envolvendo além das condições da individualidade biológica do equilíbrio do ser, sua relação com o ambiente. A falta de saúde por oposição teria origem na desarmonia entre o homem e ambiente, onde se pode reconhecer uma dimensão de relações ampliada estando presente a condição do bem estar, do espaço físico e social dos entornos, e para sua adequação se buscava relações de equilíbrio. O conceito de saúde neste tempo do império grego-romano estava fundado em relações mais ampliadas que a mera dimensão biológica, e sua promoção dependia portanto do meio ambiente natural e das relações da vida e sua transcendência.

Indo adiante na periodicidade histórica adotada, os versos introdutórios do *Regimen Sanitatis Salernitanum*, transcritos na parte inicial deste estudo, ilustram

que para o tempo compreendido como “idade média” o senso comum que formatava a base conceitual para a saúde seguia ainda a mesma linha grego-romana.

Ao aproximarmos dos tempos modernos, na chamada era industrial, em resposta à demanda tecnológica crescente, ao desenvolvimento acelerado, aliado à necessidade de focalização dos problemas para sua resolução, o conceito de saúde foi se tornando vinculado primordialmente ao componente biológico, restrito à possibilidade de superar ou controlar doenças como sinônimo da obtenção de saúde. A constatação da perda do conteúdo filosófico que estava vinculado ao conceito é inevitável, e a sistematização que a ciência moderna possibilita, torna a busca da etiologia individualizada das doenças como sua maior ênfase, legando para a interação do homem com os agentes patógenos e o desenvolvimento de tecnologias para identifica-los e controla-los sua maior missão. As necessidades de superar o número crescente de mortes, sobretudo após a revolução industrial, tinha como fim o fortalecimento dos países pela força motriz de seu potencial humano, deslocando o eixo do homem e seu bem estar no mundo, para sua utilidade. Assim, deslocando o conceito de saúde de um extremo ao outro, perdeu-se muito de vista o valor da existência humano a e sua transcendência.

O conceito de saúde atualmente utilizado como completo estado de bem estar físico, mental e social, trazendo de volta dimensões ampliadas, não é portanto historicamente novo, está resignificado nos tempos atuais, o que nos leva a supor que a adoção conceitual restrita na focalização da saúde como ausência de doença, e na especificidade da ação médica e tecnológica, passou a demonstrar sua superação.

Da segunda década do século XX partem novas formulações, e o conceito de saúde começa a ser refeito considerando o homem, seu ambiente, seu bem estar, e a capacidade de estabelecer relações de harmonia tanto interna como com o seu entorno físico e social. Para que isso pudesse ocorrer, a tecnologia médica vinculada as práticas assistenciais passaram a ser ponderadamente menos valorizada nas políticas de saúde, revelando novas preocupações que incorporadas tornam tais políticas mais globais e capazes de intervenção e transformação nos entornos.

A evolução dos cuidados à saúde a proteção do meio ambiente, expressada pela preocupação com a qualidade da água e do ar, nos primórdios da era greco-romana chega a era industrial fragilizada em sua ênfase, a necessidade de atender à urgência imperiosa de transformar o homem em ferramenta da força motriz do desenvolvimento, empalidece as dimensões que se vinculam ao meio ambiente. Assim o convívio urbano fruto do próprio processo de desenvolvimento transforma os homens em vítima de grandes aglomerados, onde sujeira, poluição do ar e doenças transmissíveis, se integram para agravar a possibilidade de preservar a saúde. As necessidades sanitárias e a manutenção da integridade da “infra-estrutura” natural passaram a ter uma ponderação menor nas políticas de saúde, tanto pela magnitude que haviam alcançado e pelas dificuldades em resolvê-las, mas principalmente por terem perdido o valor diante das necessidades do sistema produtivo.

A incorporação tecnológica do saber criado pela industrialização desviou o foco da atenção do universo para a cientifização microscópica. Ao focar e aprofundar o olhar da ciência perdeu-se o sentido do todo. As políticas se tornaram em resposta pontuais, com a fragmentação das políticas globais que pudessem

atender a todas as variáveis necessárias ao desenvolvimento dos homens e o equilíbrio com o seu ambiente.

Contudo dentro deste mesmo sistema de valores a extrema penúria humana não passava despercebida e a condição geradora da pobreza, se não podia ser alterada na origem passou a ser considerada com mecanismos compensatórios. A circunstância que melhor ilustra esta situação criada pelos tempos modernos é a aparição na Inglaterra da Lei dos Pobres, como uma política protetora. A agressividade do sistema produtivo excludente, por ser limitante ao direito do acesso a bens e serviços para os trabalhadores, deixou sempre os “improdutivos” de fora, ou seja a força de trabalho excedente não consegue ser incluída na lógica determinada pelo próprio processo produtivo. Nesse contexto, políticas protetoras como a Lei dos Pobres, chocava-se com os interesses do sistema produtivo industrial que apesar da grande participação na produção de excluídos, não queria se responsabilizar pelo seu ônus. Portanto, a não existência de políticas mais globais que pudessem favorecer o desenvolvimento humano adequado, nunca foi fruto do acaso.

A partir da década de 70, ressurgiu um movimento de consciência dos limites, o desenvolvimento econômico e as políticas praticadas não eram suficientes, mesmo em países desenvolvidos, para frear a produção de doentes e doenças. Os recursos disponíveis tampouco dariam cabo de contemplar o processo de atender a todos, e a complexidade crescente de problemas deveria ser olhada de forma a interligá-los dentro do que se chamaria de determinantes para a produção da saúde. Como já havia enunciado Henry E. Sigerist (1945) “a saúde se promove propiciando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de diversão e descanso” e depende de

todos os setores da sociedade em um esforço coordenado. Assim várias iniciativas podem ser listadas como os emergentes espaços políticos de denúncia e proposição de nova dinâmica para políticas de saúde; a Conferência de Alma-Ata, o Informe Lalonde, as investigações e formulações feitas pela Organização Mundial de Saúde e Organização Panamericana de Saúde, o evento da Primeira Conferencia Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa, onde se configura finalmente a “Promoção da Saúde” como uma estratégia, ou como já foi dito neste trabalho , “a resina agregadora de um mosaico” composto de conceitos, princípios, responsabilidades e proposição de ações, como um movimento para se alcançar o objetivo de Saúde Para Todos.

A Promoção da Saúde portanto, gestada no interior do movimento de ampliação da base conceitual da saúde, está baseada em **três pilares básicos**: *o conceito de saúde como qualidade de vida, no caráter intersetorial das políticas e ações, e na participação das pessoas, como sujeitos ativos nas definições dessas políticas.*

4.2 - O modelo de atenção à saúde como modelo de desenvolvimento humano

Podemos concluir pelo exposto nesse trabalho, que um modelo de atenção à saúde sob a óptica da Promoção da Saúde visa o desenvolvimento humano em sua magnitude , e para tanto, deverá estar assentado em seus **três pilares básicos**.

Propiciar às pessoas **melhores condições de vida**, a fim de aumentar-lhes as potencialidades, através de melhores condições de educação, acesso à atenção à saúde, alimentação, habitação, lazer, num meio ambiente adequado e protetor.

Favorecer o convívio social mais harmonioso, para o bom desenvolvimento psico-afetivo poderá resignificar os valores éticos da sociedade, incorporando os valores da solidariedade, o que certamente poderá aliviar grandes males como o que hoje se apresenta com a violência em escala crescente. Os males sociais só se curam com homens melhores, se as relações sociais passaram a produzir danos sua transformação depende da mudança desses homens.

Para propiciar tal desenvolvimento transformador das perspectivas atuais, é necessário que se construam políticas públicas que possam ser dirigidas a esses objetivos de melhora nas condições básicas para o desenvolvimento, o que deve ter certamente um **esforço conjunto de toda a sociedade e de todos os setores**, para identificar as necessidades próprias para cada município, região ou país. Políticas muito globalizadas acabam por não se referenciar às pessoas e suas necessidades, mas a construir processos macro econômicos e sociais que além de servirem para um fim em si mesmos, prejudicam a consolidação de valores sociais e culturais que possam construir a sustentabilidade para as gerações futuras. As políticas públicas requerem uma abordagem integral com vistas ao desenvolvimento social e econômico, contemplando as singularidades.

Para que se alcance esse objetivo nas políticas que favoreçam ao desenvolvimento e conseqüentemente à saúde das pessoas, é necessária a **participação** dessas, como sujeitos ativos desse processo, para que possam influir nas decisões que dizem respeito e modificam suas vidas de forma a torná-las mais ou menos saudáveis. Aumentar o grau de coesão das pessoas em torno de processos que propiciem sua efetiva participação, favorece a cooperação das comunidades em seu benefício mútuo.

O “**modo de fazer**” baseado nesses pilares básicos da Promoção da Saúde é que traz a nova perspectiva para que se construir processos que visem a proteção e construção de vidas mais saudáveis. As proposições de ação para a Promoção da Saúde permeiam todos os espaços onde as pessoas se concentram em determinados períodos de suas vidas de acordo com as necessidades para o seu desenvolvimento, portanto as Escolas Promotoras de Saúde, os ambientes saudáveis, aqui propostos, visam potencializar esse desenvolvimento para que favoreçam em seu conjunto o desenvolvimento humano mais satisfatório, portanto mais saudável.

4.3 – A gestão para a saúde como um modelo de desenvolvimento local integrado.

Como estratégia local para a Promoção da Saúde, está posto o processo do Município Saudável. Trata-se também de um “modo de fazer”, que visa alcançar o desenvolvimento humano integrado ao desenvolvimento econômico. Portanto não é uma gestão do setor saúde, mas uma gestão integrada de todos os setores da sociedade local públicos e privados, e como tal, o prefeito do município é o coordenador desse processo, pela autorização que lhe foi dada pela população e com a qual deve se aliar para compartilhar essa responsabilidade. Juntos poderão inclusive influenciar a reconstrução das ênfases das macro-políticas nacionais, pela força propulsora da agregação das formas das singularidades municipais e regionais que favoreçam a saúde.

No conjunto do que foi exposto nesse trabalho, dos conceitos, princípios e responsabilidades, podemos compreender a complexidade que o conjunto de variáveis em questão traz a essa gestão para o desenvolvimento saudável. Sua

construção depende da participação responsável e solidária de toda a sociedade, portanto, a comunicação social também é de fundamental importância para o empoderamento e capacitação das pessoas para o exercício de sua cidadania. As experiências setoriais hoje demonstráveis apontam que a legítima participação é um processo difícil de alcançar, e buscar meios para isso torna-se fundamental nesse processo de construção desse modelo de gestão.

Para se propiciar os meios necessários para o desenvolvimento das pessoas, deve haver o processo de desenvolvimento local. Nesse trabalho foi examinado o município de Chopinzinho, no processo de implementação de seu Plano de Desenvolvimento voltado para o desenvolvimento agrícola identificado como parte de sua vocação. Podemos concluir que o modelo de gestão proposto pela estratégia do município saudável consegue agregar todos os componentes propostos aqui, de forma a ter sua aplicabilidade e execução, quando parte de um plano geral de desenvolvimento local. Pudemos observar que a variedade de programas propostos não são independentes nem isolados em setores, e contaram com a participação de toda a comunidade para sua definição e implementação. Respondem aos requisitos traduzidos na Carta de Ottawa, portanto, correspondem ao modelo de gestão para a Promoção da Saúde.

O que examinamos nesse trabalho foi o processo desenvolvido em Chopinzinho, e como tal, nos ajuda a concluir que a construção do Município Saudável faz parte de um movimento para o desenvolvimento, que tem algumas particularidades como a localização na unidade municipal, a definição de um plano municipal, a implementação e avaliação do processo compartilhada, tudo visando o bem estar das pessoas e comunidades, em última instância, o desenvolvimento de vidas saudáveis.

Bibliografia:

1 - Ashton J. The Healthy Cities Project: A Challenge for Health Education, Health Education Quarterly, vol. 18 (1), 1991; p. 39-48

2 - Buck C. Depois de Lalonde: a criação da saúde. In: Organização Panamericana de Saúde. Promoção da Saúde: uma antologia. Publicação científica; 557, Washington, D.C., 1996; p.6-14

3 - Buss PM. Promoção da Saúde e a Saúde Pública; Contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina; Rio de Janeiro, 1998

4 - Castro Sá EN, Toffoli FF. Administracion Publica y Politicas Saludables. [Apresentado na XVI Conferencia Mundial de Promocion de la Salud y Educaçao para la Salud; 1998 jun 21-26; San Juan-Puerto Rico.

5 - Cerqueira MT. Promocion de la Salud Y educacion para la salud: retos y perspectivas. In: La promoción de la salud y educacion para la salud en América Latina: un análisis sectorial. Organizacion Panamericana de la Salud. Editorial de la Universidade de Puerto Rico, 1997

6 - Cidades Saudáveis: em busca de novos referenciais de Promoção de Saúde para os Municípios. Organização Panamericana de Saúde, Ministério da Saúde. Brasília, outubro, 1994 (mimeo).

7 - Declaração de Alma - Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 6 -12 de setembro de 1978; Alma-Ata, URSS; Organização Mundial de Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância.

8 - Dever GEA. Epidemiologia enfocando a prevenção. In: A epidemiologia na administração pública dos serviços de saúde. São Paulo, Pioneira, 1988. P. 1-24:

9 - Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI. In: Quarta conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 21-25 de junho de 1997; Jacarta, República de Indonésia.

10 - Desenvolvimento Humano e Condições de Vida: Indicadores Brasileiros; Coleção Desenvolvimento Humano, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fundação João Pinheiro, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Brasília, set. 1998. (p. 35)

11 - Establecimiento de Ciudades Sanas en el siglo 21. In: Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos; 3 - 14 junio de 1996; Istanbul, Turquia; Organização Mundial de Saúde.

12 - Escuelas Promotoras de Salud: Modelo Y Guia para la Acción – Organización Panamericana de la Salud; Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 1.996

13 - Estruturas e Ações da Promoção Social Municipal . Prefeitura de Chopinzinho; Chopinzinho-PR, 1999.

14 - Ferraz ST. A Pertinência da Adoção da Filosofia de Cidades Saudáveis no Brasil; Revista Saúde em Debate (41) ;dezembro 1993; p. 45-49

15 - Ferraz ST. Promoção da Saúde: viagem entre dois paradigmas, Revista de Administração Pública, vol. 32 (2), março-abril, 1998, p. 49-60

16 - Franco A. Somente o desenvolvimento sustentável pode superar a pobreza no Brasil, Revista de Promoção da Saúde, Brasília, D.F., ano 1 no. 2, nov/dez 1999, p 15-18

17 - Gil AC. Métodos e Técnicas da Pesquisa Social, São Paulo: Atlas, 1994

18 - Godstein G. Healthy Cities in Developing Countries. In: International Healthy Cities and Communities Conference; 8 - 11 december 1993; San Francisco. Organização Mundial de Saúde.

19 - Hacia una estructura para la evaluación de la Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional de Europa, Copenhagen, 1997, mimeo

20 - Hansluwka HE. Measuring the health status of a population: current state of the art. Popul. Bul. United Nations, (23/24): p. 56-75, 1987

21 - Kickbusch I. Promoção da Saúde: uma perspectiva mundial. In: Organização Panamericana de Saúde. Promoção da Saúde: uma antologia. Publicação científica; 557, Washington, D.C., 1996; p.15-24

22 - Lalonde M. O conceito de “campo de saúde”: uma perspectiva canadense. In: Organização Panamericana de Saúde. Promoção da Saúde: uma antologia. Publicação Científica; 557, Washington, D.C., 1996; p.3-5

23 - O'Neill M, Cardinal L .Los indicadores para evaluar los proyectos de ciudades saludables en la provincia de Quebec, Canadá. Organización Panamericana de Salud, Division de Servicios de Salud, Quebec, 1992

24 - Mckeowm T. The role of medicine - dream, mirage, or nemesis? London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976. P.157-180

25 - Martinez MA; La escuela: un espacio de promocion de salud. Psicologia Escolar e Educacional, 1996, vol. 1 no. 1, p. 19-24

26 - Municipios Saludables – Comunicación para la Salud no. 11, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1997

27 - Novaes RL., Do biológico e do Social. Um Pequeno Balanço; Revista Saúde e Democracia; p. 205-225

28 - Nutbeam D. Glossário de Promoción de la Salud. In: Organização Panamericana de Saúde. Promoção da Saúde: uma antologia. Publicação científica; 557, Washington, D.C., 1996; p.383-403

29 - Implementacion de la estrategia promocion de la salud en la Organizacion Panamericana de la Salud, Programa de promocion de la Salud; Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.

30 - Planificación Local Participativa – Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1999

31 - Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá; Brasília: Ministério da Saúde; 1996

32 - Promoción de la Salud: Glosário, Organização Mundial de Salud, Ginebra, 1999, p. 16-17-18-23-24.

33 - Restrepo HE. La Promoción de la Salud en el Contexto Urbano de América Latina; Organização Panamericana de Saúde, Oficina Regional da Organización Mundial de la Salud; 1994.

34 - Revista Saúde e Sociedade; São Paulo, S.P.;1997; vol. 6 no. 2, (Cidades Saudáveis)

35 - Restrepo HE. Cenários saudáveis: Conceitos inter-relacionados que facilitam sua construção . Revista de Promoção da Saúde, Brasília, D.F., nov/dez 1999, ano 1 no. 2, , p.7-10.

35 - Rosen, G. Uma História da Saúde Pública – São Paulo: Hucitec , ABRASCO,1994

36 - Plano de Desenvolvimento Rural de Chopinzinho. Prefeitura Municipal de Chopinzinho, Paraná, 1997 – 1999.

37 - Projeto Nuclearização. Departamento de Educação, Cultura e Esporte; Prefeitura de Chopinzinho- PR; 1999

38 - Plano Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Chopinzinho, Chopinzinho-PR, 1999

39 - Terris M. Conceptos de la Promoción de la Salud: Dualidades de la Teoría de la Salud Pública. In: Organização Panamericana de Saúde. Promoção da Saúde: uma antologia. Publicação científica; 557, Washington, D.C., 1996; p.37-44

40 - Westphal MF. Municípios Saudáveis: uma nova estratégia para promover saúde, 1997. 10p. (mimeo).

41 - Yunes J. O Movimento de Municípios Saudáveis: Uma Estratégia para a Promoção da Saúde na América Latina. Boletim Informativo do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”; 1998, no. 51: p. 7-8.

42 - Ziglio E. Indicators of health promotion policy: directions for research; In: Health promotion research: towards a new social epidemiology; Organização Mundial de Saúde (publicação científica no. 37)

