

Políticas públicas saudáveis, intersectorialidade e municípios saudáveis

Paulo Buss

(Texto extraído do artigo **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Revista *Ciência e Saúde Coletiva*. 2000, vol. 5, nº 1, pp. 163-177)

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

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

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

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

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

A nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Nesse marco, a intervenção visa não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersectorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade: eis a essência das políticas públicas saudáveis. Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida "vivida", ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas. Nessa perspectiva, a intervenção sanitária refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos

fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença.

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

Nesse contexto, é possível superar a idéia de políticas públicas como iniciativas exclusivas ou monopolísticas do aparelho estatal. Serão sempre fruto de interlocução e pactuação entre atores sociais em situação. Elaboradas e pactuadas em fóruns participativos, expressivos da diversidade de interesses e necessidades sociais, as políticas públicas tendem a ser comprometidas com a saúde, quando têm sua implementação controlada pela participação ativa da sociedade. Representam, assim, uma nova e mais adequada redistribuição de direitos e responsabilidades entre o Estado e a sociedade.

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

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

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

Do ponto de vista conceitual, a intersetorialidade procura superar a visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas e na organização do setor saúde. Significa adotar uma perspectiva global para a análise da *questão saúde*, e não somente do *setor saúde*, incorporando o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de políticas públicas, como, por exemplo, educação, trabalho e renda, meio ambiente, habitação, transporte, energia, agricultura etc., assim como sobre o contexto social, econômico, político, geográfico e cultural onde atua a política.

Essas áreas interagem entre si e com a área da saúde e, em conjunto, utilizam recursos da sociedade, influenciando a qualidade de vida e as demandas sobre os

serviços de saúde. No processo de ação intersetorial é necessário obter conhecimentos tanto sobre os antecedentes, ou seja, os valores que levaram à formulação de determinada política, como também sobre o impacto que cada política setorial tem sobre a saúde da população.

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

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

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

Diversos países no continente têm procurado desenhos institucionais que articulem instâncias governamentais intra e intersetorialmente com a sociedade civil. No caso de países de estrutura federativa, como o Brasil, torna-se necessária também a coordenação entre os diversos níveis administrativos e os subsetores sociais. Um enfoque deste tipo requer necessariamente a criação de redes interinstitucionais e uma nova cultura organizacional, aberta e horizontal, tornando-se imprescindível, ainda, melhorar a qualidade dos recursos humanos envolvidos e gerar novas formas de relações e comunicação entre os distintos âmbitos do aparelho estatal (CEPAL, 1998). As experiências em desenvolvimento são recentes na América Latina, não dispondo, ainda, de avaliações conclusivas deste novo modo de funcionamento estatal.

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

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

O movimento das cidades saudáveis surgiu na Europa, no mesmo ano (1986) em que se realizou a já mencionada Conferência de Ottawa no continente americano. Segundo Ashton (1993), o projeto cidades saudáveis visava *ao desenvolvimento de*

planos de ação locais para a promoção da saúde, baseados nos princípios de saúde para todos da OMS. Desde então vem crescendo continuamente, envolvendo hoje mais de 1.800 cidades, em várias redes desenvolvidas nos cinco continentes.

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

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

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

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

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

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