

CAPÍTULO II

Cidades Saudáveis: a intersectorialidade como desafio para um novo modelo de gestão

Profa. Lenira Zancan ⁶

Introdução

Falar em cidades/comunidades saudáveis é colocar em prática uma nova forma de gestão pública centrada na intersectorialidade e na participação e co-responsabilização dos diversos segmentos que compõe a sociedade-governamental, do mercado e da sociedade civil.

Do ponto de vista do setor saúde, é reorientar as políticas e práticas numa perspectiva promocional, na qual as estratégias de atenção à saúde se inserem no conjunto intersectorial e interdisciplinar de ações em prol da qualidade de vida das pessoas e das comunidades. Implica, desta forma, na adoção de um conceito positivo de saúde, como qualidade de vida e um direito de cidadania.

Esta é a percepção que vem norteando o movimento de reforma sanitária no país, apoiada num conjunto de evidências acumuladas em torno da determinação social da saúde e da doença. A concepção ampliada de saúde, para além da prevenção, assistência e recuperação dos enfermos, impõe respostas intersectoriais na esfera das reformas institucionais, por um lado,

⁶ Professora da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP da FIOCRUZ

e por outro, requer o envolvimento e responsabilização dos distintos atores, população e gestores, nas políticas e ações de atenção à saúde. (ZANCANE e BODSTEIN, 2002)

Em países como o Brasil, de dramática desigualdade social, esse esforço se traduz no chamado resgate da dívida social e, portanto, na implementação de políticas de inclusão social, de combate à pobreza e de melhoria da qualidade dos serviços e equipamentos sociais básicos.

Assim, os princípios da participação e coresponsabilização da população, da interdisciplinariedade, da gestão integrada e da utilização de múltiplas estratégias de ação constituem referência básica para a promoção da saúde (WHO, 2001:5).

A idéia norteadora é a de que o impacto social, com a efetiva melhoria da qualidade de vida, envolve metas e ações convergentes entre diversos setores e culturas institucionais distintas da administração pública, organizações da sociedade civil, bem como a mobilização, participação e coresponsabilização de todos com os resultados alcançados. Implica na superação de ações de caráter assistencialista, pontuais e fragmentadas, presentes na cultura política brasileira, particularmente as intervenções voltadas para as populações mais vulneráveis. (BODSTEIN e ZANCAN,2001)

A Intersetorialidade, compreendida como uma das estratégias para a promoção da saúde, implica portanto: (1) na inversão da lógica presente nas organizações públicas, nas quais predomina o trabalho fragmentado e setorializado; (2) na valorização dos saberes técnicos envolvidos na formulação e implementação de políticas, com investimento em recursos humanos conduzindo-os a uma atuação articulada; (3) no incremento da participação e organização social dos diversos

segmentos da sociedade e na construção de redes de articulações e parcerias, a exemplo da rede que se quer construir com o movimento de cidades/comunidades saudáveis.

De acordo com Sônia Ferraz (1999), aspectos favoráveis e desfavoráveis estão em jogo para adoção da proposta de municípios/cidades saudáveis no Brasil. Entre os aspectos favoráveis, destacam-se: o processo de democratização do Estado a partir dos anos 80; a constituição de 1988 que inscreve um conceito ampliado de saúde com a implantação do SUS com os seus princípios de universalidade, equidade e controle social e os avanços no processo de descentralização de poder para os municípios da federação.

Quanto os aspectos desfavoráveis, a autora enumera: a herança da política centralizadora e clientelista; a cultura política de ação setorial com duplicidade de projetos e disputa por recursos; a instabilidade político-administrativa em todos os níveis; a cultura sanitária de programas verticais e a hegemonia do paradigma médico-assistencial. (FERRAZ,1999)

As experiências municipais e locais em curso enfatizam a importância de algumas “ferramentas” de gestão intersetorial e participativa: (1) diagnóstico participativo das necessidades e potencialidades locais num processo de democratização da informação e produção de novos conhecimentos/consensos sobre a realidade local; (2) criação de espaços institucionalizados de discussão e pactuação de prioridades e formas de ação integradas e integradoras, a exemplo dos fóruns e conselhos de saúde e de desenvolvimento social; (3) definição de uma agenda de ações com co-responsabilização e convergência de recursos; e (4) mecanismos internos de monitoramento e avaliação que subsidie, constantemente, a tomada de decisão e a aferição de resultados visando a sustentabilidade das ações.

O presente texto procura refletir sucintamente sobre questões, colocando em destaque as estratégias de incorporação da intersetorialidade e da participação na formulação e implementação das políticas sociais, visando à melhoria da qualidade de vida e ampliação da cidadania no Brasil.

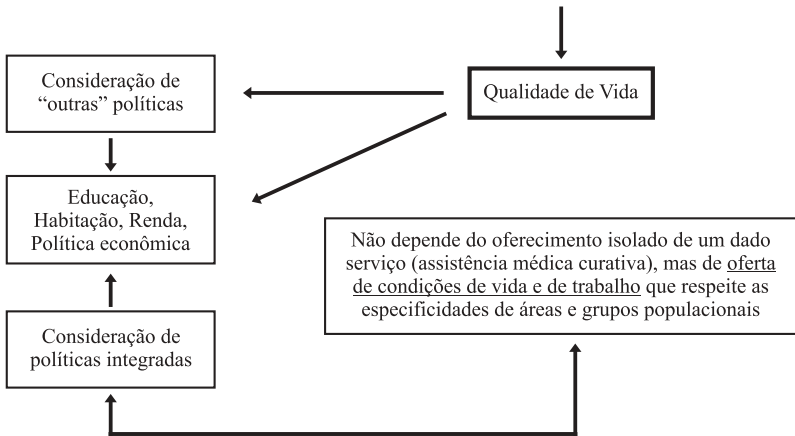
Promoção da Saúde e intersetorialidade

A promoção da saúde é um campo aplicado de teorias e práticas que, nos dias atuais, parece abrigar a totalidade das proposições do campo da saúde coletiva que estiveram na base da formulação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS): integralidade, equidade, descentralização e controle social. Paradoxalmente, a idéia de promover a saúde da população, entendida enquanto enfrentamento dos determinantes econômicos e sociais que colaboram ou não para a melhoria da qualidade de vida, está fora do domínio do setor saúde.

De acordo com a NOB 96, a atenção à saúde compreende três campos de ação: o da assistência (ambulatorial e hospitalar); o das intervenções ambientais (controle de vetores e hospedeiros e sistemas de saneamento ambiental) e o das políticas externas ao setor saúde (políticas macroeconômicas; emprego, habitação, educação, lazer e qualidade dos alimentos). (BRASIL, 1997)

Assim compreendida a atenção à saúde encontra-se dentro e fora do setor saúde, exigindo a formulação de políticas e ações orientadas à promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades nos diversos setores do desenvolvimento econômico e social.

Concepção de saúde para o movimento sanitário e para o SUS



Neste caminho, “as atividades de promoção estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico (natural e construído), social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas intersetoriais e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade de ação dos indivíduos e das comunidades. (FERREIRA e BUSS,2002:6)

Já não é novidade, portanto, que o quadro de desigualdades econômicas e sociais que caracterizam a sociedade brasileira tem expressão na área da saúde, tanto nos quadros epidemiológicos como nas condições de acesso às ações e serviços de saúde. No entanto, a permanência de regiões com elevadas taxas de mortalidade infantil e materna, a persistência da desnutrição e da pobreza, as ameaças recorrentes de surtos epidêmicos, a cronicidade das endemias, associada a um padrão demográfico caracterizado por um aumento da população de jovens e de idosos e, ainda a brutal expansão de acidentes e

violência urbana apontam ainda grandes desafios para o SUS (MS/CNS, 2002).

Nessa perspectiva, vem sendo ressaltada, nas três últimas décadas, a importância da intersetorialidade diante da meta de se alcançar saúde para todos. Já no início dos anos 1970, ao propor a extensão de cobertura dos serviços de saúde em toda a região, um dos Centros da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), localizado no Chile, junto à CEPAL, defendia a necessidade da participação de vários setores da economia, assegurando assim os recursos necessários. Mais para o final daquela década, em 1978, a declaração de Alma-Ata consolida tal recomendação ao incluí-la entre os componentes para promover a Atenção Primária de Saúde para toda a população. Finalmente, a Carta de Ottawa, em 1986, ao difundir para o mundo a prática que vinha desenvolvendo o Canadá já por quase uma década, destacou a intersetorialidade como um dos quatro elementos principais da promoção da saúde (Ferreira & Buss, 2002). Tal orientação vem sendo apresentada, a partir de então, como um novo consenso dentro do campo da saúde pública.

De acordo com Vitória Solange Ferreira (2000), a intersetorialidade em saúde tem sido definida como “ação na qual o setor saúde e os demais setores pertinentes colaboram para o alcance de uma meta comum, mediante estreita coordenação das contribuições dos outros setores” (OMS, 1984) ou como “intervenção coordenada de instituições representativas de mais d um setor social, em ações destinadas total ou parcialmente a abordar um problema vinculado à saúde”. (Suarez, 1992, apud Ferreira, 2000:9)

Como assinala Ferreira e Buss (2002), “esse enfoque intersetorial tem limitado a idéia de dividir responsabilidades. Cada setor assume o ônus do campo de atividades que lhe

corresponde, com alto grau de incerteza, enquanto o efetivo cumprimento dos setores envolvidos carecem de qualquer mecanismo de coordenação governamental e participação social.” (p. 27)

Na década de 90, vêm se desenhando, no Brasil, novas estratégias de reorientação dos serviços de saúde e articulação do setor com demais setores responsáveis pelas políticas sociais, de forma a, por um lado, minimizar os efeitos das precárias condições de vida sobre a demanda e os custos do sistema de assistência médico-sanitária e, por outro, aumentar a eficácia da ação pública na implementação das políticas sociais.

A estratégia de Saúde da Família tem sido considerada uma alternativa para a reorientação do modelo de atenção, com ênfase na promoção da saúde. Ao centrar a atenção na família dentro de um contexto físico e social particular, o Programa de Saúde da Família possibilitaria uma compreensão ampliada do processo saúde doença e permitiria aos profissionais o reconhecimento da necessidade de intervenções para além das práticas curativas.

“O potencial do PSF para produzir mudança no modelo assistencial e reorganizar os serviços de saúde tem sido, no entanto, objeto de polêmico debate, não havendo consenso sobre a efetiva capacidade de o programa promover rupturas no modo predominante de produzir ações de saúde no país. Alguns estudos (MISOCKY, 1994; PAIM, 1996; FRANCO & MERHY, 2000) salientam as contradições que envolvem a implantação do PSF e que contribuem para que este assumam mais uma feição de simplificação da atenção básica do que de reestruturação do modelo assistencial. Outros estudos (VIANA & DAL POZ, 1998; CAPISTRANO FILHO, 1999; OLIVEIRA, 1999), ao contrário, destacam importantes inovações introduzidas pelo PSF que

confirmariam seu potencial para provocar mudanças no modelo.” (SENNA et al, 2002:190)

Não aprofundaremos aqui esta questão pois este é tema de outro artigo desta coletânea. Cabe salientar, porém, que as experiências de implantação das equipes de saúde da família em áreas urbano-metropolitanas tem demonstrado que a ação intersetorial neste contexto é muito mais complexa, exigindo um grande esforço de articulação que se traduz numa nova forma de administração e gestão pública das cidades.

Gestão social e cidades/comunidades saudáveis

“Esta ‘gerência social’ exige a coordenação dos esforços governamentais e está centrada na idéia da intersetorialidade.

Nesse sentido, o projeto estruturante do campo da saúde parece ser o da cidade/comunidade saudável, entendida como uma cidade ou localidade em que todos os atores sociais em situação – governo, organizações não-governamentais, famílias e indivíduos – orientam suas ações para transformar a cidade ou localidade em um espaço de produção social da saúde, construindo uma rede de solidariedade, com o fim de melhorar a qualidade de vida da população.” (FERREIRA e BUSS, 2002:35)

A cidade é o lugar da cidadania, onde se torna visível as desigualdades e iniquidades de acesso aos bens públicos essenciais – educação, moradia, transporte, emprego – que influenciam sobre a saúde dos indivíduos e dos grupos sociais. O não-acesso aos direitos de cidadania vem conformando espaços de grande vulnerabilidade social, caracterizando-se como os grandes problemas para a gestão pública nas cidades.

Concomitante ao processo de democratização, na década de 90, aprofundou-se a desigualdade social manifestada pela crescente concentração de renda, com repercussões sobre o agravamento das situações de pobreza e exclusão social, tanto dos que estão fora do mercado de trabalho, quanto dos assalariados com precárias condições de trabalho e baixa remuneração.

Tal processo esteve associado à urbanização crescente num contexto de crise econômica mundial, o que se traduz no aumento da demanda por serviços e pela proteção do Estado vis-à-vis a contenção e racionalização de recursos públicos. Além disso, o processo de democratização do país aprofundou a descentralização político-administrativa para o nível local, sem contudo alterar de forma significativa a tradicional centralização dos recursos técnicos e financeiros no nível federal.

Castell e Borga (1996) advogam que, nas três últimas décadas do século XX, “as cidades emergiram como ‘ator político’ que promove acordos e associações, assume responsabilidades diante da sociedade e da nação e representa um pólo central de articulação entre a sociedade civil, a iniciativa privada e as diferentes instâncias do Estado”. Assim, as cidades tornam-se espaços privilegiados para buscar respostas integradas, e não setoriais, aos problemas de emprego, educação, cultura, moradia e transporte, criando “novas políticas intersetoriais, novos blocos de competência, administrados por uma diversidade de modos de gestão”. (APUD VIANA, 1998:26)

No Brasil, o processo de descentralização fortaleceu o papel dos municípios na formulação e implementação de políticas sociais que respondam a chamada nova questão social (ROSANVALLON, 1995) – aumento do número de idosos sem qualquer proteção social, mulheres chefes de família, jovens sem

educação e sem trabalho, desempregados e mal empregados, em geral através de mecanismos de cooperação social e articulação de recursos técnicos e financeiros tanto do Estado, como da sociedade civil e do setor privado. (VIANA,1998)

Tal quadro corrobora para a compreensão de que uma gestão social eficiente requer a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar “efeitos sinérgicos em situações complexas visando o desenvolvimento sustentável, superando a exclusão social de parcelas significativas da população.” (JUNQUEIRA e INOJOSA, 1997; APUD FERREIRA,2000)

De acordo com Ana Luiza D’ávila Viana (1998), o Brasil viveu um “processo caótico” de descentralização durante as décadas de 80 e 90, marcado por três momentos distintos. Um primeiro diz respeito a um movimento oriundo das instâncias subnacionais com o surgimento de formas de gestão inovadoras, como nos casos de Londrina, Campinas, Lajes, Niterói e Piracicaba, entre outras. Um dos resultados deste movimento foi a criação do Fundo de Participação de Estados e Municípios em 1983/84. Em decorrência destas experiências, em 1988, com a nova constituição federal, todos os entes, federal, estadual e municipal, “se combinam em torno de metas descentralizantes” com a formulação de projetos setoriais com forte ênfase na descentralização de recursos, como o caso do SUS na saúde, associados a novos tipos de participação da população e de ampliação da cidadania. A formação de Conselhos para todos os setores da área social é conquistas inegáveis deste período. (VIANNA, 1998: 28)

No entanto, a autora assinala que a década de 90 marcou um período de retrocesso no processo de descentralização, causado pelas políticas de ajuste fiscal, a exemplo do Fundo

Social de Emergência (1994) e do Fundo de Estabilização Fiscal, com conseqüente recentralização dos recursos e perda de autonomia dos municípios para a implementação de políticas sociais.

O rebatimento destes três momentos, no nível local pode ser exemplificado com: (1) a emergência de gestões inovadoras marcadas por novas estruturas administrativas e alguma autonomia de gestão, sem contudo contar com uma iniciativa de coordenação do processo de descentralização por parte do governo federal. Este período esteve marcado também por mudanças no padrão de urbanização com a formação de uma nova classe média, com aumento da demanda e consumo de serviços, ao lado do avanço na pobreza e desigualdade de acesso aos bens públicos. (MILTON SANTOS, 1996, APUD VIANA, 1998:29); (2) um processo descentralizante de cunho “cidadão”, com iniciativas combinadas dos três níveis de governo promovendo um outro tipo de federalismo, mais cooperativo e menos concorrencial; e (3) um processo e recentralização dos recursos no próprio nível municipal no qual as políticas sociais não se constituem em projetos integradores, com forte disputa de recursos entre os diversos setores e grupos de interesse locais.

Em suma, o processo de descentralização e formulação de políticas intersetoriais no Brasil, nas últimas décadas, caracterizaram-se pela ausência de uma estratégia planejada e gradual do nível federal, por um lado, e pelo insulamento das políticas no nível local, por outro, bloqueando a construção de uma estratégia mais geral de enfrentamento das questões sociais.

Mesmo considerando as inúmeras dificuldades e idas e vindas no processo de descentralização e democratização do Estado brasileiro, iniciativas recentes de programas sociais dirigidos às populações desfavorecidas – bolsa escola, renda

mínima, agentes comunitários, saúde da família - vêm sendo implementadas no país ao longo da década de 90, num esforço de redistribuição de renda e oferta de condições mínimas para o exercício da cidadania.

Particularmente no setor saúde, o avanço no processo de descentralização foi sem dúvida um dos elementos de destaque na década de 90, “remodelando o formato da atenção à saúde no país e dando visibilidade a novos atores e novas arenas decisórias”.

Cabe salientar que as experiências mais ricas e inovadoras estão fortemente amparadas na criação de maior cooperação social, através do incremento da participação popular e co-responsabilização dos diversos segmentos da sociedade.

PUTNAM (1996) recorre às noções de “capital social” e “sistemas de participação cívica” para discutir as possibilidades de cooperação social visando o bem comum. O “capital social” se refere a algumas características relevantes da organização social, tais como “confiança, normas e sistemas que contribuam para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas” (p.177). Já os sistemas de “participação cívica” dizem respeito às “organizações institucionais da sociedade, incluindo as associações comunitárias, as cooperativas, os clubes esportivos, os sindicatos e os partidos políticos de massa” (p.183). Assim, a possibilidade de cooperação entre os membros de uma comunidade depende do grau de desenvolvimento dos sistemas de participação. (Relatório Dlis-Manguinhos,2003:78)

Em suma, é na perspectiva do fortalecimento do capital social (empowerment) e da constituição de novos espaços institucionalizados de discussão e pactuação de ações integradas e integradoras (intersectorialidade) e de participação da população nas decisões, que dizem respeito à qualidade de vida (fóruns e

conselhos de desenvolvimento), que se inserem as iniciativas de cidades/comunidades saudáveis. A estratégia de ação intersetorial implica, assim, na construção de uma “nova teia de relações” que viabilize novas práticas entre os diversos setores da administração pública e dos segmentos da sociedade.

Referências Bibliográficas

BODSTEIN, R. & ZANCAN, L., (2002) - Avaliação das Ações de Promoção da Saúde/DLIS em contexto de pobreza e vulnerabilidade social. in ZANCAN et al (orgs.). Promoção da saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local: a experiência de Manguinhos. Rio de Janeiro, ABRASCO.

BUSS, Paulo e RAMOS, Célia Leitão (1999) - Desenvolvimento local e agenda 21: desafio da cidadania. Cadernos da Oficina Social 1. COEP.

BRASIL/MS (1996) - Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL MS. Norma (1997) - Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CAPISTRANO FILHO, D. (1999) - O Programa de Saúde da Família em São Paulo. Estudos Avançados n. 35.

FERRAZ, Sônia Terra (1999) - Cidades Saudáveis: uma urbanizada para 2000. Brasília. Paralelo 15.

FERREIRA, J.R. & BUSS, Paulo (2002) - O que o Desenvolvimento Local tem a ver com a Promoção da Saúde. In ZANCAN et all (org) Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local. ABRASCO.

FERREIRA, V.S.C (2000) - Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. Dissertação de Mestrado. UFBA- ISC. mimeo

FINEP, (2001) - Terceiro Relatório Técnico - Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável de Manguinhos. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, ago.

FRANCO, T. & MERHY, E., (2000) - PSF: Contradições de um Programa destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial. Mimeo.

HAWE, Penelope & SHIELL, Alan (2000) - Social Capital and Health Promotion. Social Science & Medicine, n. 51, p.871-885.

INOJOSA, R.M & JUNQUEIRA, L. (1997) - O setor de saúde e o desafio da intersetorialidade. Cadernos FUNDAP. 21: 156 a 164.

JACOBI, P. R. (2002) - Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 443-454.

LABRA, M. E. & FIGUEIREDO, J. A., (2002) - Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde.

Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p.537-547.
MISOCZKY, M. C., (1994) - A Medicina de Família, Os Ouvidos do Príncipe e Os compromissos do SUS. Saúde em Debate 42. Paraná: CEBES.

PAIM, J., (1996) - Políticas de Saúde no Brasil ou Recusando o Apartheid Sanitário. Ciência e Saúde Coletiva 1 (1).

PUTNAM, Robert (1996) - Comunidade e democracia. A experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: FGV.

SANTOS, M. (1996a) - Técnica, espaço, tempo – globalização e meio técnico – científico informacional. São Paulo: Hucitec.
SANTOS, M. (1996b) - A urbanização brasileira. São Paulo: Hucitec.

SENNA, M. C. M; MELLO, A. L. R. ; BODSTEIN, R. (2002) - A Estratégia Saúde da Família no DLIS/Manguinhos. In: BODSTEIN, R.; ZANCAN, L.; MARCONDES, W. B. (Orgs.). Promoção da Saúde como caminho para o desenvolvimento local – a experiência em Manguinhos, RJ. Rio de Janeiro: ABRASCO/CIDA-CPHA/FINEP/FIOCRUZ.

SUAREZ, J. (1992) - Contribuição ao marco teórico para o desenvolvimento da ação intersectorial. Saúde Educ. Méd. 26(2): 225-241.

VIANA, A. L. & DAL POZ, M. R. (1998) - A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis in. Revista de Saúde Coletiva, v.8, n.2.

VIANA, A. L. (1998) - Novos riscos, a cidade e a intersectorialidade das políticas públicas. Rio de Janeiro: 32(2): 23 -33, mar/abr.

ROOTMAN I et al. (2001) - Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives. Canada: WHO Regional Publications, European Series, nº 92.

ZANCAN, L. & BODSTEIN, R.C. de A. (2002) - Dismanguihos como estratégia de Promoção da saúde. Saúde Em Foco, Rio de Janeiro, v. 23, p. 49-63.