

Artigo original

Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir

Isabel Loureiro^{a,*}, Natércia Miranda^b e José Manuel Pereira Miguel^c

^a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Grupo de Disciplinas de Estratégias de Ação em Saúde, Lisboa, Portugal

^b Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Departamento de Promoção da Saúde e Doenças Crónicas, Lisboa, Portugal

^c Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de Lisboa e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 13 de outubro de 2012

Aceite a 19 de março de 2013

On-line a 2 de junho de 2013

Palavras-chave:

Participação

Poder local

Capacitação

Promoção da saúde

Municípios

R E S U M O

A saúde, um direito de todos, é um bem indispensável ao desenvolvimento. Tradicionalmente, tem sido encarada como sendo da principal responsabilidade dos ministérios da saúde. A melhor compreensão dos seus determinantes tem evidenciado que as políticas e ações dos diferentes setores sociais são reconhecidas entre os fatores que mais influenciam o estado de saúde das populações.

Numa perspetiva de coprodução e responsabilidade social pela saúde, nasceu o movimento das cidades saudáveis. Os municípios membros da Rede Portuguesa das Cidades Saudáveis estão comprometidos com o planeamento intencional para promover a saúde, alicerçado em políticas dirigidas ao ambiente físico, cultural e ao processo educativo das comunidades, incentivando a participação, o *empowerment* e a equidade.

Para promover o reconhecimento de que a saúde é sempre afetada, em resultado das decisões políticas tomadas, ao nível nacional e local em todos os setores, e de que também é importante para a resiliência face às adversidades, estabeleceu-se o Projeto de Capacitação em Promoção da Saúde (PROCAPS). Este projeto, da iniciativa do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, em colaboração com a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, teve por objetivo estudar a perceção dos atuais autarcas acerca desta questão e, ao mesmo tempo, constituir um ponto de partida para a conscientização e assunção da responsabilidade por parte dos municípios face ao seu papel na promoção da saúde das populações. São apresentados os resultados de vários estudos e iniciativas realizadas no âmbito deste projeto. Perspetivam-se políticas e ações pelo poder local, incluindo investigação-ação e investigação participada de base comunitária.

© 2012 Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: isalou@ensp.unl.pt (I. Loureiro).

Health promotion and local development in Portugal: Reflect to act

A B S T R A C T

Keywords:

Participation
Local power
Capacity-building
Health promotion
Municipalities

Health, a fundamental human right, is critical to human development. Traditionally it has been regarded as being mainly the responsibility of ministries of health. A better understanding of health determinants has showed that policies and actions of other social sectors are among the factors that most influence population's health.

The movement of healthy cities is based in the concepts of co-production and responsibility for health. The municipalities integrating the Portuguese Network of Healthy Cities are committed to intentional planning to promote health, based in policies addressed to physical and cultural environment and to the educational process of communities, promoting participation, empowerment and equity.

To promote the recognition of health impact of political decisions taken at different sectors and different levels – national, local – as well as health as a support for resilience against adversity, the project Capacity Building in Health Promotion [Projeto de Capacitação em Promoção da Saúde] – PROCAPS was decided by the National Institute of Health Dr. Ricardo Jorge, in collaboration with the Escola Nacional de Saúde Pública from the New University of Lisbon. This project started by studying the actual perception of the political members of municipalities about their role in health promotion and stimulating their responsibility in promoting the health of the populations. In this paper some results of the study and related actions taken are presented. Local policies and actions are proposed as well as processes of action-research and community based participatory research.

© 2012 Escola Nacional de Saúde Pública. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Saúde e desenvolvimento

A saúde é um fator fundamental para o desenvolvimento. Os indivíduos e as populações saudáveis vêm aumentando a sua capacidade de adaptação às mudanças. Sob uma perspectiva de adaptação social e adequação às situações, a saúde insere-se num quadro conceptual organizador dos recursos individuais e coletivos¹.

A percepção ou a definição de saúde varia, no espaço e no tempo, de acordo com as circunstâncias e os valores das sociedades, mas a saúde deve constituir-se sempre como um instrumento para promover a qualidade de vida. Para Hall e Lamont, o nível de saúde é um padrão de referência face ao qual se pode estabelecer se uma sociedade é, ou não, bem-sucedida². Sob esta perspectiva, a saúde pode ser medida através da sua contribuição para assegurar os padrões de vida material, social e cultural, necessários ao desenvolvimento pleno das capacidades humanas.

A saúde é um investimento no desenvolvimento humano e económico, fundamental na luta contra a pobreza e para garantir o desenvolvimento sustentado; a segurança e a proteção na saúde constituem as pedras basilares da segurança humana^{3,4}.

A Agenda Global de Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), apela a uma maior visibilidade política da saúde, dando ênfase a que esta deve ter repercussão quer na agenda económica, em resultado não apenas do impacto negativo da má saúde, mas, também, da sua relevância para a produtividade global dos países, quer na agenda da justiça social,

considerando que a saúde é um valor e um direito humano⁵. A Estratégia Saúde 2020⁶ reforça esta visão.

«Saúde em todas as políticas», uma estratégia preconizada pela OMS⁷, implica setores como os da economia e do emprego, dos transportes, da gestão do território e da cultura, da educação e da infância, da agricultura e da alimentação, dos ambientes e da sustentabilidade, por exemplo, o que torna particularmente importante a avaliação do impacto na saúde das políticas dos vários domínios. Por sua vez, a saúde, tem repercussões sociais e políticas.

A Estratégia Saúde 2020⁶ vem reforçar a importância das ações transversais para a saúde e o bem-estar, nos governos e na sociedade («all of government and all of society approaches»), reconhecendo a necessidade de um grande reforço das capacidades de intervenção no domínio da saúde pública, novamente enfatizada pelo Comité Regional da Europa, em setembro de 2012⁸.

Com a progressiva urbanização e necessidade de resposta a problemas específicos ao nível local, justifica-se, cada vez mais, um aumento da descentralização, com reforço das competências e de meios do poder local para atuação no território específico, onde as pessoas de facto vivem.

A conferência de Ottawa⁹ constituiu um marco de referência na definição de funções-chave para atingir a saúde como a de capacitar os atores e as instituições para a mediação em saúde. A partir de então, a saúde é vista como um investimento e toma forma o paradigma salutogénico que se focaliza nas capacidades de resiliência dos indivíduos e dos grupos, procurando alavancar as potencialidades e os recursos existentes. A saúde tem implicações no modo como as pessoas são

capazes de lidar com as mudanças sociais e económicas e com a possibilidade coletiva de ajustamento, determinando até que ponto conseguem encontrar soluções apropriadas para os seus problemas e fortalecer a sua resiliência, quer a nível individual quer do grupo social.

O relatório da «Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress» (CMEPSP)¹⁰ faz notar que em situações de rápidas mudanças económicas a saúde está em risco, salientando que é fundamental existirem fortes sistemas de coesão e de proteção social. Reconhecendo que existe uma estreita relação entre o investimento no sistema de saúde e os ganhos em saúde e crescimento económico e que, reciprocamente, através do crescimento económico se produzem ganhos em saúde, a Comissão recomenda aos governos que invistam em saúde, tendo em conta que esta é uma área essencial para o crescimento sustentado e que, de forma integrada com a educação e as infraestruturas físicas, contribui para a qualidade de vida.

Crises e resiliência

A crise económica e financeira tem repercussões sobre a saúde, destacando-se os efeitos negativos na saúde mental, observados através do aumento dos homicídios, dos suicídios, da depressão, do consumo de álcool e de outras substâncias¹⁰⁻¹². À medida que se agravam os constrangimentos financeiros, aumenta a pressão sobre o sistema de saúde e os outros sistemas sociais no sentido de manterem respostas adequadas às necessidades das populações. A redução dos serviços governamentais e não governamentais coloca tensão na capacidade de os atores individuais e coletivos responderem às dificuldades, em que se incluem, com particular expressão, as de acesso aos serviços de saúde.

A situação de crise económica facilita a deterioração das condições de trabalho, a perda do estatuto social, a redução do poder de compra, a alimentação menos saudável, provocando um sentimento de impotência em cada vez maior número de pessoas. Os efeitos da crise agravam o fosso das desigualdades sociais, colocando em causa os direitos humanos. Simultaneamente, os cidadãos perdem a confiança na capacidade de governança pública e na eficácia e transparência das democracias representativas. É de esperar uma maior fragilidade das relações sociais e da solidariedade, a ocorrência de alterações na estrutura das famílias, o aumento do vandalismo e de outras formas de violência, em grande medida em resultado de um crescente número de desempregados, de pobres e de sem abrigo e da competição por recursos para suprir as necessidades básicas para a subsistência.

O aumento do desemprego, da pobreza e da exclusão social, que dominam o cenário atual de grande parte dos países europeus, exige dos setores sociais abordagens integradoras das várias facetas dos problemas. O modelo dos determinantes sociais da saúde considera que as políticas públicas são um dos conjuntos de fatores mais importantes a ter em conta, pelo que se torna importante perceber se as estruturas do poder, sobretudo ao nível local, as organizações, os mecanismos de governança geral e dos serviços estão concatenados para a obtenção de resultados positivos no bem-estar geral da população e, em particular, na sua saúde¹³.

Em Portugal, a modificação dos padrões de vida, a segregação espacial, o isolamento, o decréscimo de oportunidades para aumentar o rendimento e também a diminuição de recursos do emprego, contribuem para a emergência contínua de novas formas de vulnerabilidade. Em especial, em relação aos grupos de cidadãos em situação de pobreza, o aumento do custo de vida, a dificuldade em encontrar um local para habitar e a necessidade de adoção de estratégias de autossustentência contribuem para a maior complexidade dos problemas, quase sempre mais agudos em contexto urbano.

Cabe recordar que Portugal é, atualmente, um dos países da OCDE com maior risco de crianças em situação de pobreza¹⁴. No atual momento de crise, encontrar soluções para fazer frente ao agravamento de condições sociais e económicas constitui um desafio permanente à ação das comunidades e das instituições formais, do setor público e do setor privado, especialmente dos organismos do poder local. Para procurar as soluções mais adequadas, o percurso natural, já iniciado em alguns municípios portugueses, é o de recorrer a metodologias de investigação participada de base comunitária (IPBC), por meio das quais se procuram identificar as formas mais adequadas de implementar estratégias ao nível local, designadamente no âmbito da promoção da saúde. Na IPBC, os atores locais são protagonistas da investigação e, pela sua participação ativa, vão construindo o próprio *empowerment*. Compete à comunidade a decisão de quais os problemas a estudar em lugar de serem os investigadores ou os financiadores a decidirem de acordo com os seus interesses. A comunidade deve ser envolvida, também, diretamente na análise, na interpretação de resultados e nas propostas de ação¹⁵.

Imbutir criatividade na ação

Neste contexto de mudança e de instabilidade social, patente ou potencial, continuam a prevalecer, contra o que seria desejável, os paradigmas tradicionais de desenvolvimento. As estratégias para enfrentar a crise são pouco pensadas e pouco participadas no turbilhão da escassez de recursos e da premissa em encontrar soluções para problemas agudos. Não é dada atenção suficiente à necessidade de se construírem mecanismos de resiliência social e à criação de infraestruturas que os sustentem. Assim, verifica-se que a maior parte das respostas atuais à crise despreza a necessidade de «inovação social» e as potencialidades de programas experimentais e observacionais que já demonstraram eficácia.

Face a esta forma «tradicional» de intervir, é necessário investir na alavancagem dos recursos a nível local, quer promovendo a descoberta de novas formas de fazer as coisas, através da criatividade e da auto-organização, quer pelo reconhecimento das potencialidades dos indivíduos, dos grupos e das organizações. Sabendo-se que os setores sociais são muito vulneráveis à diminuição do financiamento, torna-se importante abolir as redundâncias, estabelecer novos padrões de trabalho, encontrar novas formas de cooperação e de comunicação entre os vários setores e com as forças vivas da comunidade.

Para se produzir o desenvolvimento local é necessário, para além da integração política e da governança participativa, aos

vários níveis, gerar quadros de referência capazes de dar significado à ação. A inovação e as soluções criativas emergem sempre que as pessoas se integram plenamente na comunidade, investem nas relações de vizinhança, participam na vida local. Os municípios devem estimular o envolvimento dos cidadãos, em particular, face à necessidade de encarar situações novas, sendo cada vez mais reconhecido o papel das comunidades nos processos de investigação sobre a mudança social.

Quando se pretende que a mudança se constitua como uma oportunidade de capacitação e de construção da resiliência à adversidade cabe salientar, como especialmente adequada, a IPBC¹⁶, em que os membros da comunidade são protagonistas da investigação e, com isso, acionam o seu próprio desenvolvimento, como atrás referido.

Entre outras iniciativas promotoras da capacitação dos municípios e das suas populações nasceram, nos finais da década de 80 e na década de 90 do século xx, a rede das cidades educadoras e a rede das cidades saudáveis, respetivamente. Ambas se apoiam nos conceitos da interdisciplinaridade e da transversalidade, nos princípios do *empowerment* da participação e da avaliação, no respeito e na inclusão das diferenças, na promoção da equidade, na responsabilidade, no desenvolvimento sustentável e na cidadania democrática^{17,18}.

Poder local e saúde em Portugal

O regime ditatorial que perdurou ao longo de mais de 4 décadas no último século, em que tudo era controlado pelo Estado (Estado-Providência), desresponsabilizava e minimizava a capacidade de intervenção e iniciativa dos cidadãos, desmobilizava, ou mesmo punia, qualquer tentativa de participação.

A implantação da democracia veio atribuir às autarquias um papel de gestão em alguns domínios sociais, como a educação nos primeiros anos de escolaridade e a ação social. A conscientização por parte das autarquias sobre o papel que têm na saúde dos munícipes e as expectativas que estes passaram a ter acerca da proteção, que consideram ser-lhes devida ao votarem num elenco governativo, está a levar progressivamente a uma maior responsabilização neste domínio. Os profissionais de várias áreas, os cidadãos e suas organizações têm vindo a debruçar-se sobre as ações e os mecanismos que podem favorecer ou prejudicar a saúde, tendo em conta que o Estado-Providência está em declínio e que o poder local terá de assumir a liderança dos processos conducentes ao bem-estar das populações que fazem parte do seu território.

O envolvimento dos municípios nas questões tradicionalmente entendidas como do setor da saúde está longe da expressão que assume noutros países. Só desde há cerca de duas décadas um número relativamente pequeno de autarquias se tem vindo a empenhar, explicitamente, nesta vertente da vida dos cidadãos. O envolvimento, como é de esperar, tem implicações no desenho das políticas, na governação e na intervenção direta. Recentemente, no âmbito da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, alguns municípios iniciaram a colaboração com as Unidades de Saúde Pública na identificação dos principais problemas de saúde e no planeamento das intervenções. Atualmente, assiste-se, em simultâneo, à continuação da implementação da Reforma que,

embora visando uma maior equidade no acesso e na proximidade dos prestadores de cuidados aos cidadãos, na linha da conferência de Alma-Ata¹⁹, se confronta, agora, com a ativa procura de contenção nas despesas do setor, encerrando-se serviços e criando-se mecanismos de dissuasão da procura. Neste cenário, surgem iniciativas de algumas autarquias na oferta de serviços alternativos às populações, ao mesmo tempo que começam a aparecer estudos de avaliação económica e de impacto que analisam a possibilidade de gestão dos serviços de saúde por parte dos municípios²⁰.

A criação, pela OMS, do movimento das cidades saudáveis, em 1992, despertou, nalgumas autarquias, a vontade de aderir aos seus princípios e práticas, existindo hoje em Portugal 29 identificadas como «cidades saudáveis», que integram a Rede Portuguesa das Cidades Saudáveis²¹. Adotando o planeamento sistemático que enfatiza a necessidade de combater as desigualdades na saúde e a pobreza urbana, este movimento pugna por uma governança participada e um modelo de abordagem baseado nos determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde²².

O projeto de capacitação em promoção da saúde

Com vista a melhor compreender o panorama nacional quanto à implicação consciente das autarquias no domínio da saúde, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, I.P.) e a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP/UNL), no âmbito do Projeto de Capacitação em Promoção da Saúde (PROCAPS), efetuaram um estudo que integrou todos os municípios do país²³, na sequência do qual teve lugar a conferência «Comunidades, Autarquias e Saúde» (CAS) que mobilizou profissionais de saúde e agentes autárquicos e que teve o apoio do Alto Comissariado da Saúde (ACS) e da OMS. À luz dos resultados da conferência e de todo o trabalho então desenvolvido, pretende-se agora refletir sobre a conscientização e a preparação das autarquias para a assunção da defesa e a promoção da saúde no seu percurso de intervenção neste domínio.

O projeto PROCAPS foi enquadrado nas atribuições legais dos organismos envolvidos, nomeadamente das autarquias (artigo 22.º, da Lei n.º 159/99 de 14 de setembro), do Ministério da Saúde (artigo n.º 2, do Decreto-Lei n.º 212/2006 de 27 de outubro), das Administrações Regionais de Saúde (ARS) (artigo 3.º, do Decreto-Lei n.º 222/2007 de 29 de maio) e dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e suas estruturas (artigo 3.º, do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro).

Em 2008, deu-se início ao estudo PROCAPS para conhecer qual a perceção das autarquias acerca das suas competências e capacidades na área da saúde. Este estudo teve como objetivos²³:

- Diagnosticar o hiato existente entre a situação real e a desejável, tal como prevista no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, na atuação dos municípios em promoção da saúde e prevenção da doença.
- Colaborar na identificação de necessidades de capacitação de recursos humanos (competências, instrumentos e redes).

O ponto de partida no lançamento do estudo foi a organização de 2 reuniões em que participaram 47 técnicos de 22 municípios, particularmente sensíveis ao tema da saúde e que estavam envolvidos na Rede Portuguesa das Cidades Saudáveis e/ou na Rede Portuguesa das Cidades Educadoras, bem como alguns técnicos das autarquias que haviam colaborado, alguns meses antes, na discussão dos novos estatutos do INSA, I.P.

Perceção sobre o papel das autarquias na saúde. Resultados de uma análise Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

Na segunda reunião foi realizada uma análise Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (SWOT)²⁴ com a participação daqueles parceiros para apreciar as contingências do trabalho autárquico em saúde. Os resultados foram os seguintes:

Pontos fortes

- Experiência autárquica de trabalho em rede.
- Disponibilidade de indicadores de qualidade de vida.
- Instrumentos de planeamento (Cartas Educativas, Perfis Municipais de Saúde (PMS), Planos Diretores Municipais (PDM, etc.).

Pontos fracos

- Saúde «escondida» noutras áreas.
- Dificuldade em desenvolver parcerias com os Centros de Saúde.
- Falta de dados (indicadores relacionados com a saúde) a nível da autarquia.
- Falta de instrumentos para medir o nível de saúde a nível «micro».
- Falta de técnicos capacitados (necessário definir competências para formação) para o levantamento de necessidades em saúde em cada município.

Oportunidades

- Estabelecimento de parcerias com entidades privadas e públicas (universidades, serviços de saúde, indústria farmacêutica, outras).
- Abordagem «Saúde em todas as políticas».
- Plano Nacional de Saúde (articulação do setor da saúde com autarquias, HIA, intersectorialidade).
- Transferência de competências para os municípios: comissões municipais de saúde comunitária.

Ameaças

- Dificuldade em demonstrar resultados em promoção da saúde, a curto prazo (falta de indicadores intermédios de monitorização de investimentos).
- Pouca visibilidade (política) da promoção da saúde.

Perceção sobre o papel das autarquias na saúde. Questionário a nível nacional

Com base na análise SWOT foi obtida informação para o desenho de um questionário que posteriormente foi aplicado a

todos os municípios do país, com exclusão das regiões autónomas. Este veio a ser elaborado no decurso de duas outras reuniões. No início de 2009, procedeu-se a uma reunião em que participaram o INSA, I.P (Departamento de Promoção da Saúde e Doenças Crónicas e Departamento de Epidemiologia), a ENSP e as 5 ARS. As dimensões do questionário foram estruturadas de acordo com as sugestões recebidas e foram também incluídas perguntas sobre as necessidades de formação e informação dos profissionais das autarquias, a informação de que dispõem sobre a saúde, os hábitos e estilos de vida saudáveis e a sua experiência em participação comunitária, com as famílias e em práticas de *empowerment*.

O questionário foi aplicado online, entre os meses de abril e setembro de 2009, tendo sido apresentado o relatório dos resultados em fevereiro de 2010.

Foi possível contar com a participação de 30% do total das autarquias do continente²³. Todas consideraram que o envolvimento nas políticas de Promoção da Saúde é importante (48; 53,9%) ou muito importante (41; 46,1%). Elegeram como áreas prioritárias neste domínio: a saúde, a ação social e a educação. Mencionaram que para desenvolver intervenções na área da Promoção da Saúde necessitariam de mais *verbas do Estado* (1.º), de *candidaturas a projetos específicos* (2.º) e de *mais profissionais de saúde* (médicos, enfermeiros) (3.º). As competências referidas como mais necessárias em Promoção da Saúde referem-se a *mobilizar os parceiros relevantes* (1.º), a *negociar e construir parcerias* (2.º), ao *trabalho em equipa* (3.º), situando-se as competências de carácter metodológico no fundo da tabela: *Gerir informação e conhecimento* (18.º), *Selecionar instrumentos de avaliação* (19.º) e *Aplicar investigação/ação em situações de mudança* (20.º). Quanto à informação disponível nas autarquias, apenas 2 dos 37 indicadores relacionados com a saúde estão disponíveis em 100% (73) das autarquias respondentes (*Existência de escolas com cantina* (...) e *espaços verdes com acesso público*).

Encontro «Comunidades, Autarquias e Saúde»

Coligidos os resultados dos questionários, tornou-se evidente o interesse das autarquias em intervir na saúde. Contactou-se o Gabinete Regional da Organização Mundial de Saúde, em Veneza, que se comprometeu a apoiar uma iniciativa em Portugal que juntasse profissionais de saúde e autarcas. Assim, foi promovida a realização do Encontro CAS de âmbito nacional, que decorreu em Lisboa, em abril de 2011, com a participação de cerca de 200 profissionais de saúde e de 150 autarcas, e de profissionais de outros setores como a educação e a ação social, além dos convidados estrangeiros, representando a OMS.

Este Encontro teve como objetivos:

- Construir um compromisso de articulação entre o planeamento e a intervenção autárquica na saúde e os planos de saúde de âmbito nacional, regional e local, especificando instrumentos e processos, através da compreensão dos instrumentos e métodos usados pelas autarquias para o planeamento em saúde das comunidades, a definição de prioridades locais, o desenho e a implementação de intervenções, a articulação intersectorial e com os serviços

de saúde e a avaliação da efetividade das intervenções e do impacto das políticas autárquicas na saúde.

- Conhecer as boas práticas nacionais e internacionais de planeamento autárquico e de articulação entre autarquias, serviços de saúde e planeamento nacional/regional em saúde.
- Desenvolvimento da capacidade das autarquias para promover a saúde, bem como fortalecer essa capacidade e permitir a sua avaliação.

Com base nos resultados do estudo PROCAPS, nas conclusões das reuniões com as ARS e de acordo com o parecer dos atores-chave chamados à organização do CAS, estabeleceram-se os temas para 4 *workshops*:

1. Como reforçar o trabalho dos cuidados de saúde primários e das autarquias para obtenção de ganhos em saúde?
2. Melhor informação, melhor decisão, melhor saúde: como se articulam e cooperam as diferentes partes interessadas dos níveis nacional, regional e local, para uma melhor observação e planeamento em saúde?
3. Pensar global, agir localmente: como coordenar melhor a *governance* a nível nacional, regional e local para intervenções locais mais capazes?
4. Fazer melhor com o que se tem: como analisar e avaliar as políticas e as estratégias nacionais regionais e locais para a redução das desigualdades em saúde?

Os *workshops* contaram, cada um, com a participação de cerca de 50 profissionais.

Principais conclusões dos *workshops*:

- O reconhecimento da pouca participação e do envolvimento da comunidade.
- A importância do papel do Conselho na Comunidade pela representatividade comunitária social e relevância das competências na tomada de decisão.
- A necessidade de partilhar de resultados e de conhecer os ingredientes-chave para o sucesso dos projetos com impacto positivo na comunidade e conhecer fatores de insucesso.
- A importância de se criar um grupo estratégico nacional que defina uma estratégia única para a informação em saúde, as necessidades de informação a cada nível, definir e consensualizar termos e conceitos, harmonizar e articular os diferentes níveis. (Nota: foi assumido um compromisso pela DGS na melhoria da qualidade de informação em saúde, pela ACSS, IP, na inclusão de indicadores de morbilidade ao nível dos cuidados de saúde primários e pelo INSA, IP, na disponibilização de instrumentos e métodos de avaliação em saúde).
- Deve ser atribuída ao cidadão maior participação ativa, poder de decisão, cooperação e avaliação.
- Deve ser desenvolvida uma nova cultura de saúde, capaz de envolver e fomentar a confiança, minimizando as relações assimétricas de poder.
- Há que trabalhar para uma verdadeira parceria no sistema de saúde.
- Deve ser promovida a cidadania em saúde reforçando, principalmente, o envolvimento público dos jovens, numa

dinâmica que integre a produção e a partilha de informação e o conhecimento (literacia em saúde).

- A importância de as autarquias investirem no desenvolvimento da saúde, aumentando o capital social, diminuindo a exclusão social, as desigualdades na saúde, promovendo o desenvolvimento socioeconómico, entre outros.
- É necessário desenvolver um modelo de intervenção local, em que sejam definidos caminhos comuns, com enfoque nos determinantes sociais.

Contributos dos especialistas da Organização Mundial de Saúde

Erio Ziglio, diretor do Gabinete da OMS-Europa²², apresentou o que considera serem os 5 principais problemas de saúde: o aumento da iniquidade em saúde; necessidades de investimentos mais equilibrados («continuamos mais focados no tratamento e no indivíduo do que na promoção da saúde e na população»); necessidade de reforçar o papel dos sistemas de saúde; consistência de ação em saúde em conjunto com os outros setores (importância da consistência nos diferentes níveis de intervenção em saúde); melhor governança aos níveis da cooperação, da coordenação (ajuste de políticas setoriais) e de integração de políticas.

Apontou, face a estes problemas, 5 medidas principais a tomar:

1. Capacitar (nacional/local), ou seja, aumentar o *know-how* dos profissionais.
2. Gerir os sistemas de uma forma integrada e não promover apenas intervenções isoladas.
3. Diminuir fatores de risco, diminuir as condições de risco e maximizar os recursos locais.
4. Reposicionar a saúde em termos de desenvolvimento ao nível local.
5. Maximizar os recursos da comunidade local.

A participação dos autarcas neste encontro foi reveladora da sua perspetiva e preocupações mais prementes. Um elemento da Associação Nacional de Municípios Portugueses comentou:

«Ainda que a saúde seja um direito constitucionalmente consagrado e uma responsabilidade do Estado, continuam-se a verificar fortes estrangulamentos no acesso à saúde; existe uma evidente diminuição da oferta dos serviços de saúde junto das populações... estando os municípios limitados nas suas ações...». Evidenciou, ainda, que «É necessário melhorar a gestão dos nossos recursos, não podendo esta gestão fixar-se apenas na redução de custos, pois desta forma colocaremos em risco acesso e qualidade dos serviços!».

Harry Burns, Diretor-Geral da Saúde da Escócia²⁵, evidenciou que fazemos uma abordagem baseada em défices de saúde, focada nos problemas e no desenvolvimento de serviços para colmatar estes problemas, referindo que existe *uma obsessão pela patógenese em detrimento da salutogénese*. Recordou que uma abordagem com base na intervenção em locais específicos (*assets approach*) se tem revelado como um grande potencial, verificando-se que quando o foco se

estabelece no que está disponível nas comunidades, em vez de se concentrar naquilo que ela não tem, ou seja, nas suas necessidades, a capacidade dessa comunidade para lidar com essas necessidades é significativamente maior.

Reflexões e propostas

O Projeto de Capacitação em Promoção da Saúde

O estabelecimento da cooperação, em rede, entre as autarquias, bem como a identificação de práticas exemplares que sejam sistematicamente disseminadas, através de processos interativos, deverá constituir duas das dimensões do investimento a fazer, tal como apontam as conclusões dos *workshops* do Encontro CAS, desenvolvido no âmbito do PROCAPS, da iniciativa do INSA, I.P., em colaboração com a ENSP/UNL.

O projeto PROCAPS tornou evidente que o incentivo ao trabalho a nível local, sob uma metodologia de investigação e de planeamento participados, é um importante investimento para a adequação das respostas às necessidades locais. A este propósito, cabe referir que o modelo de IPBC proporciona o desenvolvimento de capacidades dos cidadãos e fortalece, também, a estrutura das suas organizações^{16,26,27}.

Atualmente, o planeamento local é ainda orientado para a «produção do plano» em vez de se constituir como um processo de *empowerment* coletivo. O planeamento deve assumir um papel relevante para tornar concreta a natureza da ação, com vista ao desenvolvimento, entendido como uma «mudança intencional», para além das funções tradicionais²⁸.

Os municípios, como instrumentos do poder local, devem ser capazes de implementar políticas que promovam a qualidade de vida, a capacidade de empreendedorismo e a resiliência das populações. Por se constituírem como um nível de intervenção próximo das comunidades, têm a possibilidade de melhor compreensão dos fenómenos, das estruturas e dos mecanismos subjacentes às dinâmicas locais. No entanto, é frequente que a sua estrutura burocrática e hierarquizada dificulte uma abordagem flexível, responsiva e planeada aos problemas e desafios. Neste domínio, torna-se importante a formação dos seus profissionais para a aquisição de competências na utilização de metodologias participativas no âmbito da intervenção em saúde e noutros domínios sociais e ambientais.

O facto de muitos participantes no PROCAPS terem reconhecido a importância de uma linha de base comum que dê suporte à sua intervenção coerente e mais ativa em promoção da saúde aponta para a necessidade de uma maior aproximação entre os setores autárquico e da saúde e o mundo académico.

O PROCAPS apresenta um grande potencial de aplicação e de evolução, podendo vir a entrosar-se num modelo participado de diagnóstico-investigação-ação-avaliação como, por exemplo, o PRECEDE-PROCEED^{29,30} usado em muitos países e lugares do mundo para diagnosticar e planear intervenções de base comunitária e como estratégia de capacitação para promover a qualidade de vida.

A promoção da saúde e o desenvolvimento local

Um possível referencial a explorar poderá ser o que se sugere na figura 1.

Este esquema baseia-se nas teorias do comportamento, na literatura sobre a governança urbana, no planeamento em promoção da saúde, nos determinantes do bem-estar e estudos e experiências no âmbito da crise e dos seus efeitos na saúde e na qualidade de vida.

Além do modelo PRECEDE-PROCEED, esta proposta tem, também, em conta:

- Índice Cívico que é usado na avaliação da capacidade da comunidade para lidar com novos desafios com recurso a processos participados de resolução de problemas³¹.
- Modelo de Goodman usado para explicar a capacitação da comunidade e providenciar a base para a sua medição³².
- Quadro conceptual da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da OMS usado para explicar as desigualdades em saúde e os determinantes sociais da saúde³³.
- Modelo conceptual de German e Wilson da capacidade organizacional para o desenvolvimento da comunidade³⁴.
- Modelo salutogénico de Antonovsky³⁵.

A localidade

É sabido que as localidades constroem a sua especificidade a partir de processos de interação, articulação, relações sociais, experiências e entendimentos em copresença. Uma localidade é a resultante de um conjunto articulado de momentos que produzem um sentido de lugar, criando consciência dos laços que se estabelecem com o mundo mais vasto e não um território rodeado de limites e fronteiras. As localidades não possuem uma única identidade e, por isso, estão recheadas de diferenças e de conflitos internos. A sua especificidade deriva do facto de ela representar uma mistura distinta de relações sociais cuja justaposição produz efeitos únicos, na sua acumulação com a história do lugar em que se insere. Este entendimento permite reconhecer o sentido do que é «local» e «global» e que tem como resultado um número relevante de implicações para a governança. Os municípios deverão poder coordenar, de forma efetiva, as várias vertentes da vida no seu território, a nível social, educativo e cultural³⁶. A abordagem pela promoção da saúde orienta-se por estimular as interfaces entre os diferentes níveis de governança, de atores e organizações de outros setores, cabendo aos profissionais de saúde um papel de catalisadores desta dinâmica.

Esta linha de pensamento é reconhecida pelas redes europeias das Cidades Saudáveis e das Cidades Educadoras que reafirmam a importância da ação ao nível local e os laços entre o planeamento urbano, a territorialização, os espaços verdes, a educação, a habitação, os transportes, a coesão social e a saúde nos bairros.

Saúde, qualidade de vida e partilha de responsabilidades

No caso da saúde, os problemas, anteriormente muito focalizados nas mudanças de comportamentos, deverão ser abordados pelos seus determinantes principais, o que exige o envolvimento de outros setores na saúde e a avaliação

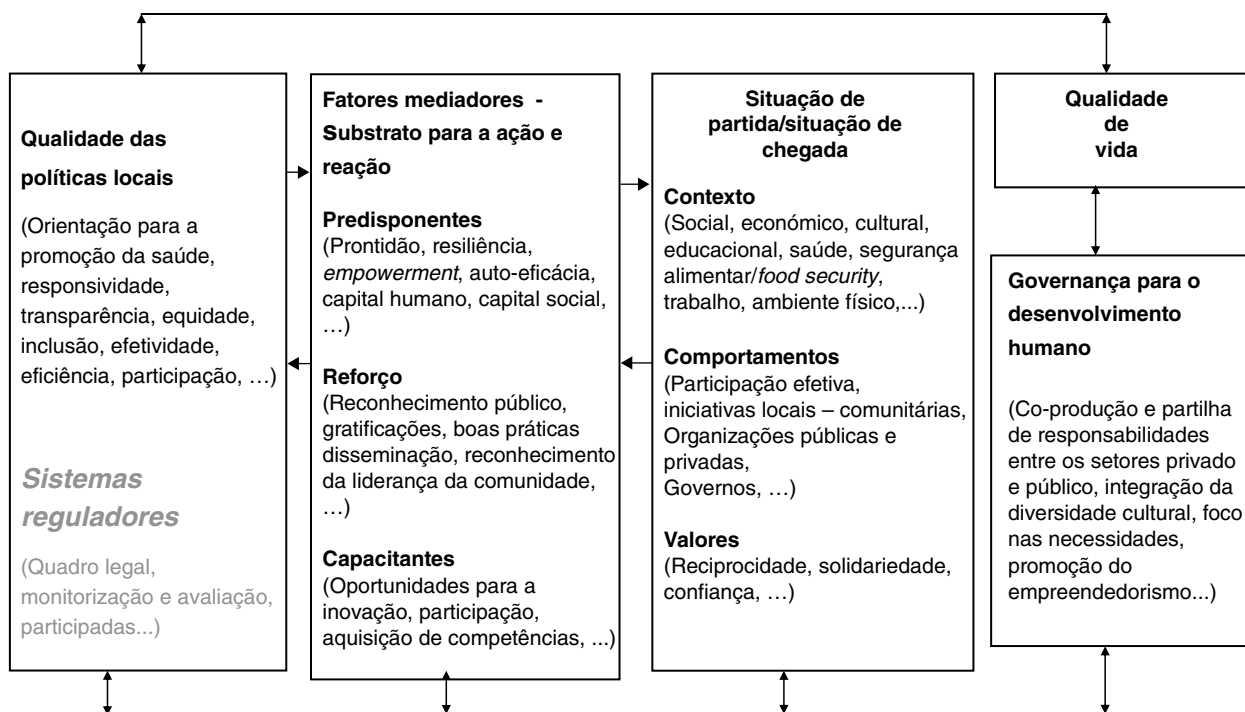


Figura 1 – Proposta de referencial para a promoção da saúde e desenvolvimento local.

do impacto das suas políticas e ações na mesma. Hoje, a colaboração intersetorial significa as ações dos vários setores, eventualmente, em colaboração com o setor da saúde³⁷. A avaliação do impacto na saúde das políticas dos vários domínios é de particular importância, pois, ao clarificarem-se as ligações entre políticas e ações, determinantes sociais e consequências, está-se a contribuir para melhorar a capacidade da tomada de decisão política baseada na evidência³⁸.

O processo de tomada de decisão, sendo um aspeto crítico de todo o sistema comunitário, assume grande relevância quando o foco é a saúde da comunidade. Melhorar a saúde de um grupo populacional requer políticas promotoras da saúde³⁹ criadas de raiz com esse propósito.

Para que se consiga melhorar a qualidade de vida das populações e torná-las mais aptas e empenhadas em decidir sobre o seu destino, é essencial, do ponto de vista da efetividade mas também da ética, que seja garantido o respeito pelos direitos humanos e pelas diferenças, assegurando mecanismos que facilitem a participação de todos nos processos de decisão. Assim, por exemplo, se estiver em perspetiva o delineamento de intervenções cujo objetivo seja o aumento da coesão e do capital social numa dada comunidade e cultura, é necessário compreender o que é preciso mudar e como. Esta ideia deve, especialmente, ser tida em conta no desenho e implementação de políticas direcionadas quer a aumentar a inclusão dos grupos mais vulneráveis, como as crianças, as famílias monoparentais, os desempregados, os idosos, quer a integrar os imigrantes.

As alianças entre os decisores políticos, as comunidades pelas quais são «responsáveis», os profissionais e o mundo académico são fundamentais para que se encontrem as estratégias capazes de promover, localmente, a coesão social e conseguir um funcionamento coletivo eficaz. Só com a

implicação e a formação, em contexto, dos vários atores e a vontade política para dar resposta cabal às necessidades das populações se pode garantir a adequação das medidas e a sustentabilidade dos processos.

Uma comunidade saudável, por natureza, é dotada de uma matriz de unidades sociais que permitem a participação e a colaboração. É pelos princípios da participação, do *empowerment*, da corresponsabilidade e da transparência na prestação de contas que as comunidades devem construir o seu próprio destino, os políticos dar respostas adequadas às situações, e, em conjunto, criarem a confiança necessária ao crescimento do capital social e à sustentabilidade dos investimentos. Esta é também a base que explica a ligação entre a democracia e a promoção da saúde.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

BIBLIOGRAFIA

1. Machteld H, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Leonard B, Lorig K, et al. Towards a new concept of health. *BMJ*. 2011;343:d4163.
2. Hall PA, Lamont M, editors. *Successful societies: how institutions and cultural repertoires affect health and capabilities*. New York: Cambridge University Press; 2009.
3. UNDP. *Good governance and sustainable and human development: A UNDP policy document*. New York: United Nations Development Program; 1997.

4. UNDP. Human development report 2010: sustainability and equity: a better future for all. New York: Palgrave Macmillan; 2011.
5. WHO. Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe. Baku, Azerbaijan: World Health Organization; 2011.
6. WHO. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen: WHO EU Region; 2012.
7. WHO. Adelaide Statement on Health in All Policies. Adelaide: Government of South Australia; 2010.
8. WHO. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. Copenhagen: WHO EU Region; 2012.
9. OMS. Health and Welfare Canadian Public Health Association. Conferência Internacional para a Promoção da Saúde; Ottawa, Canada, 1986. Lisboa: Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários; 1987.
10. Stiglitz JE, Sen A, Fitoussi JP, editors. Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. Paris: Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress; 2010.
11. Catalano R. Health, medical care, and economic crisis. *N Engl J Med.* 2009;360:749-51.
12. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The global economic burden of non-communicable diseases. Geneva: World Economic Forum; 2011.
13. Marmot M. Fair society healthy lives: the Marmot Review. London: The Marmot Review Team; 2010.
14. Raphael D. Is there value in identifying those who oppose health promotion? [powerpoint]. In: State of the art: directions for the future. Health Promotion Research: An International Forum. 2012; Trondheim, Norway. Helsinki, Finland: Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research; 2012.
15. Blumenthal DS. Is community-based participatory research possible? *Am J Prev Med.* 2011;40:386-9.
16. Minkler M, Wallerstein N, editors. Community-based participatory research: from process to outcomes. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
17. WHO. Zagreb Declaration for Healthy Cities: health and health equity in all local policies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009.
18. AICE. Carta das Cidades Educadoras. In: Congresso Internacional das Cidades Educadoras. Barcelona, 1990. Barcelona: Asociación Internacional de Ciudades Educadoras; 1990.
19. WHO. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR. Geneva: WHO; 1978.
20. Ramos F, editor. Os serviços de saúde de Cascais: caracterização. Lisboa: ENSP.UNL; 2012.
21. RPCS. Saúde em rede: boas práticas das cidades saudáveis. Seixal: Rede Portuguesa das Cidades Saudáveis; 2010.
22. Ziglio E. Promover a saúde e reduzir as desigualdades em saúde: desafios, oportunidades: uma experiência europeia. In: Conferência: Comunidades, Autarquias e Saúde; 2011; Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Escola Nacional de Saúde Pública. Organização Mundial de Saúde – Comité Europa; 2011.
23. Loureiro I, Gomes JCR, Dias L, Santos MJH. A investigação participada de base comunitária na construção da saúde: Projecto de Capacitação em Promoção da Saúde: PROCAPS: resultados de um estudo exploratório. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2011.
24. Learned EP, Christensen CR, Andrews KR, Guth WD. Business policy: text and cases. Homewood, Ill: Richard D. Irwin; 1965.
25. Burns H. Abordagem transversal para reduzir desigualdades em saúde: o exemplo da Escócia. In: Conferência: Comunidades, Autarquias e Saúde; 2011; Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Escola Nacional de Saúde Pública. Organização Mundial de Saúde – Comité Europa; 2011.
26. Minkler M, editor. Community organizing and community building for health. 2nd ed. New Brunswick: Rutgers University Press; 2005.
27. Minkler M, Wallerstein N, editors. Community-based participatory research for health. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2003.
28. Henriques JM. Changing poor people's lives: conceptualizing action. Hamburg: Periplo; 2010.
29. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: an educational and environmental approach. 2nd ed. Mountain View, Canada: Mayfield Publishing; 1991.
30. Loureiro I, Miranda N. Promover a saúde: dos fundamentos à acção. Coimbra: Almedina; 2010.
31. National Civic League. The Civic Index: measuring your community's civic health. 2nd ed. Denver, CO: National Civic League Press; 1999.
32. Goodman RM, Speers MA, McLeroy K, Fawcett S, Kegler M, Parker E, et al. Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide the basis for measurement. *Health Educ Behav.* 1998;25:258-78.
33. WHO. Action on the social determinants of health: learning from previous experiences. Geneva: WHO; 2005.
34. Germann K, Wilson D. Organizational capacity for community development in regional health authorities: a conceptual model. *Health Promot Int.* 2004;19:289-98.
35. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int.* 1996;11:11-8.
36. Machado J. Cidade educadora e administração local da educação na cidade de Braga. In: Atelier: Cidades, campos e territórios. Congresso Português de Sociologia, 5, Complexos Pedagógicos de Gualtar I e II, Braga, Universidade do Minho, 12 e 15 de Maio de 2004. Sociedades contemporâneas: reflexividade e acção: actas dos ateliers. Braga: Universidade do Minho; 2004.
37. Peake S, Gallagher G, Geneau R, Smith C, Herel M, Fraser H, et al., editors. Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies. Ottawa: Public Health Agency of Canada. World Health Organization; 2008.
38. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Geneva: WHO Regional Office for Europe; 2012.
39. Rothman J. Strategies of community intervention. Itasca, Ill: FE Peacock Publishers; 1995.