

# Das políticas públicas às políticas públicas saudáveis: contribuições para a promoção da saúde

From public policies to healthy public policies:  
contributions to the promotion of health

*Daniele Pompei Sacardo\**

**RESUMO:** O artigo procura descrever algumas abordagens teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas, destacando as políticas públicas saudáveis como uma alternativa para o enfrentamento dos complexos processos de exclusão, problemas sociais e de saúde da população brasileira. O conceito de políticas públicas saudáveis se refere especificamente àquelas políticas com uma reconhecida e forte influência sobre os determinantes da saúde.

**DESCRITORES:** Políticas públicas; Promoção da saúde

**SUMMARY:** The article describes some theoretical approaches about the formulation process of public policies and emphasizes healthy public policies as an alternative to facing the challenge of the complex process of exclusion, the social problems and health problems that affect Brazilian population. The concept of healthy public policies refers specifically to those politics with a recognized and strong influence on the determinants of health.

**KEYWORDS:** Public policies; Promotion of health

## Introdução

Atualmente, a complexidade dos problemas que afetam e determinam o estado de saúde da população configura-se num dos desafios fundamentais para a saúde pública, especialmente em relação aos determinantes da saúde, tanto no nível macro (social) como

no nível micro (individual, pessoal), demandando respostas amplas que envolvam diversos setores. Este enfoque é embasado na concepção de que o estado de saúde ou de doença não se restringe ao aspecto biológico tradicionalmente abordado, mas envolve o processo de produção e distribuição das situações de risco à saúde,

as condições do entorno social e os estilos de vida. Tal conceito de saúde, para além da consideração de "ausência de doença", inclui os aspectos de assistência e cura, os vários determinantes sociais, ambientais e econômicos e incorpora os princípios da promoção da saúde.

Diversos autores (Westphal, 2000; Restrepo, Málaga, 2001)

\* Psicóloga. Mestre em Saúde Pública — Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

apontam que o desenvolvimento da promoção da saúde decorre da mudança de paradigma do conceito de saúde, quando a concepção biomédica entra em crise e paralelamente se desenvolve um novo conceito "holístico e positivo", que integra características do "bem-estar humano". Além disso, concilia a satisfação das necessidades básicas (moradia, alimentação, trabalho, acesso aos serviços de saúde) e o direito a outras aspirações que todo ser humano ou grupo possa ter. Neste sentido, o conceito promoção da saúde envolve outros componentes da saúde, além dos tradicionalmente vinculados ao cuidado e à assistência, como os direitos humanos, a paz, a justiça, o acesso à arte, à cultura e ao lazer, a possibilidade de criar, inovar, de expressar a própria subjetividade e de desfrutar o máximo do potencial de vida com qualidade.

O marco de referência ao arcabouço teórico-prático da promoção da saúde é a Carta de Ottawa (1986), documento produzido a partir da necessidade dos países de traçarem estratégias para a meta "Saúde para Todos no Ano 2000" da Organização Mundial da Saúde (OMS). O movimento da promoção da saúde no Brasil é marcado pelo processo de implementação de políticas, programas e projetos de reforma na organização e gestão das ações e dos serviços públicos de saúde, especialmente no âmbito municipal, lócus privilegiado para implementar novas abordagens alternativas ao modelo médico-assistencial hegemônico. As intervenções pautadas nos princípios da promoção da saúde incluem a reorganização da assistência nos diversos níveis hierárquicos do sistema de saúde, o desenvolvimento de ações territoriais de vigilância epidemiológica e sanitária, a ampliação e a diversificação de estratégias de educação

e comunicação em saúde, assim como a formulação e a execução das "políticas públicas saudáveis", de natureza intersetorial (Teixeira, Paim, 2000). Considerado um dos componentes estratégicos da promoção da saúde, o conceito de políticas públicas saudáveis se refere especificamente àquelas políticas com uma reconhecida e forte influência sobre os determinantes da saúde (Restrepo, Málaga, 2001).

O presente artigo procura descrever algumas abordagens teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas, destacando as políticas públicas saudáveis (para além de políticas públicas de saúde) como uma alternativa para o enfrentamento dos complexos processos de exclusão, problemas sociais e de saúde da população brasileira, evidenciando a necessidade de que o tema ocupe lugar de destaque e passe a ser considerado prioritário na composição da agenda política atual.

### **Promoção da saúde e/ou prevenção da enfermidade? Convergências e divergências**

Ao se abordar o tema da promoção da saúde, comumente são referidas ações dirigidas à prevenção de enfermidades, considerando os dois conceitos indistintamente. No entanto, a diferenciação destes termos e conceitos contribui para uma compreensão mais profunda dos processos de operacionalização de cada um no desenho de programas e projetos no âmbito da saúde, tendo em vista que ambos possuem pontos convergentes e, ao mesmo tempo, características distintas em sua gênese e em suas práticas. Além disso, o reconhecimento de cada um dos conceitos e suas implicações para a melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas per-

mite precisar e definir metas, objetivos e atividades dos programas e projetos, possibilitando uma melhor distribuição dos recursos técnicos e financeiros, bem como gerando dados para o desenho de políticas públicas que respondam às necessidades reais da população.

Restrepo, Málaga (2001) propõem que a Promoção da Saúde (PS) considera aspectos saudáveis ou "salutogênicos" e se dirige principalmente às coletividades, buscando influir nas inter-relações entre grupos e ambientes, na interação de fatores causais, criando condições favoráveis ou saudáveis para que a população tenha acesso à melhoria de sua qualidade de vida e saúde. Os objetivos da PS inserem-se no interior de uma dinâmica positiva, considerando a saúde como um recurso diretamente associado ao desenvolvimento da vida (Westphal, 2000). Por outro lado, a Prevenção de Enfermidades (PE) se subdivide em três diferentes níveis, primária, secundária e terciária, enfocando especificamente os fatores de risco de adoecer, e se dirige aos comportamentos e atitudes do indivíduo ou de pequenos grupos. A abordagem da prevenção busca erradicar os problemas ou complicações e restaurar a normalidade ou homeostase, por meio do tratamento, da reabilitação e da prevenção de recaídas.

Ainda que conceitualmente a PS e a PE apresentem diferenças ou especificidades, como assinalam Restrepo, Málaga (2001) ao se referirem a "uma divergência de foco das intervenções", na prática cotidiana da saúde pública as ações de Promoção da Saúde e de Prevenção de Enfermidades ocorrem frequentemente de forma simultânea ou complementar, dirigidas concomitantemente à população e ao indivíduo.

Estudos têm demonstrado que as experiências iniciais em relação às doenças crônicas enfatizavam

ações com vistas a modificar comportamentos considerados de risco mediante o incremento do conhecimento sobre a doença e a capacidade dos indivíduos para realizar as mudanças necessárias. Bem cedo, no entanto, se descobriu que o trabalho em escala individual não era suficiente para alcançar uma mudança significativa e, na maioria dos casos, o que era alcançado não se sustentava ao longo do tempo, o que levou ao desenvolvimento do conceito de intervenções comunitárias não limitadas ao grupo de risco. Esta nova abordagem pretende atuar sobre o entorno social, alcançando toda a população, com a finalidade de modificar estilos de vida de modo sustentável (OPS, 1996).

Em conformidade com esta análise, Rose (1988) aponta que, em termos epidemiológicos, se demonstra que uma pequena mudança de cobertura ampla (envolvendo um número grande de pessoas) terá um efeito populacional maior do que grandes modificações em um número reduzido de indivíduos. Os resultados apontam que as intervenções dirigidas a modificar os determinantes da saúde tenham um efeito superior sobre o conjunto da população quando comparado àquelas orientadas aos indivíduos de alto risco, que são por excelência o alvo das intervenções dos serviços de saúde. Neste sentido, como intervenção coletiva, a formulação de políticas públicas saudáveis que promovam mudanças no comportamento mediante modificações do entorno social tem demonstrado ser mais custo-efetiva e possuir maior impacto na melhoria das condições de saúde da coletividade (Nathanson, 1999).

Gómez-Zamudio (1998) propõe que o enfrentamento dos problemas de saúde-enfermidade se pautem na teoria do "enfoque populacional", o qual requer procedimentos de caráter tanto in-

dividual como coletivo para obter um impacto importante nos índices de morbimortalidade, para que a intervenção gere melhorias na sociedade, através da interação entre os indivíduos e grupos com seu ambiente físico, social, cultural, econômico e político. O autor aponta que, quanto ao desenho de projetos e programas de *prevenção de uma doença específica*, o enfoque populacional tem apresentado algumas dificuldades, já que frequentemente as pessoas obtêm pouco ou nenhum benefício imediato em seu estado de saúde ao adotarem outro comportamento ou estilo de vida considerado mais "saudável" ou benéfico para sua saúde, portanto não se motivam para apoiar tais ações. Os profissionais de saúde também não têm demonstrado interesse pelos programas e projetos de prevenção específica, visto que muitos deles, devido à sua formação clínica, percebem a saúde como um problema individual, o que os leva a atuar somente sobre os fatores de risco individuais e não do ambiente.

Neste sentido, os componentes "político" e "comunitário" do enfoque populacional assinalam uma necessidade de ampliar as ações dirigidas especificamente às prevenções primária, secundária e terciária para uma integração com o enfoque da promoção da saúde que permita o desenho de intervenções amplas e integrais. Com isto, busca-se criar condições para que os indivíduos e os grupos desenvolvam capacidade de atuar e de tomar decisões positivas para sua saúde e para o bem-estar coletivo.

Almeida Filho (2000), diferentemente da proposta dicotômica dos conceitos de promoção da saúde e prevenção da enfermidade, considera haver entre estes uma inter-relação direta e inseparável, que denomina "o campo da promoção da saúde", o qual engloba a prevenção, a proteção e a

promoção da saúde numa única categoria de análise. A *prevenção* de riscos e danos trata-se, segundo o autor, de ações que visam evitar a ocorrência de doenças ou agravos específicos e suas complicações ou seqüelas; em geral constituem ações de aplicação e alcance individuais, porém há repercussões no nível coletivo devido aos efeitos cumulativos de suas medidas. A *proteção* da saúde compreende ações específicas, de caráter defensivo, com a finalidade de proteger indivíduos ou grupos contra doenças ou agravos; diferencia-se da prevenção porque a especificidade da proteção encontra-se na natureza e na magnitude das defesas, e não na intensidade dos riscos. Um exemplo de ação de proteção da saúde na coletividade é a imunização em massa; e no âmbito individual é a melhora do condicionamento físico e o aumento da resistência ou resiliência (no caso de doenças psicossomáticas). Já a *promoção* da saúde propriamente dita inclui ações para desenvolver a capacidade dos seres e ambientes no sentido de reforçar positivamente os valores da promoção da vida e da saúde; o conceito de promoção da saúde refere-se à ação difusa, sem alvo determinado, buscando a melhoria global no estado de bem-estar ou qualidade de vida do grupo ou comunidade. O autor baseia-se nas proposições de Bourdieu ao desenvolver este referencial de análise sobre o "campo da saúde coletiva", defendendo que as práticas da promoção da saúde poderiam ser essencialmente definidas como foco privilegiado de efeitos extra-setoriais ao campo da saúde. Este enfoque aglutinador dos conceitos e práticas de natureza preventiva dos riscos e doenças, protetora e de fomento da saúde num único "campo" contribui para a redução do sofrimento causado por problemas de saúde na sociedade de um modo mais

amplo e integrado, abordando os problemas complexos de maneira plural e diversificada.

As ações de promoção da saúde e de prevenção de enfermidade transcendem o âmbito específico da saúde e requerem esforços para criar condições ótimas que modifiquem os determinantes da saúde. Terris (1995) se refere ao conceito epidemiológico da "membrana causal" (rede causal), que considera todos os fatores causais no ambiente social, tanto gerais como específicos, ou seja, nas condições tanto de natureza biológica e comportamental como de natureza social, econômica, cultural, ambiental e política. O modelo ou "enfoque ecológico" (Evans et al. 1994) se baseia nas proposições da multicausalidade dos determinantes da saúde e da doença e na interação destes fatores entre si. As intervenções do enfoque ecológico buscam simultaneamente alcançar o indivíduo (em seus hábitos de vida), o seu entorno social (casa, trabalho, relações interpessoais), as condições de vida mais amplas (estruturas socioeconômicas, valores sociais, culturais, políticos e públicos), assim como os ambientes "biopsico-comportamentais" (produção de conhecimento das disciplinas biologia e psicologia) e os ambientes "físico-sociais" (geográficos, socioculturais, arquitetônicos e tecnológicos).

Os argumentos apresentados pelos diversos autores refletem a importância de uma maior articulação das abordagens da promoção da saúde e da prevenção de enfermidades em direção a uma concepção de *saúde* mais integral, como resultado do entorno físico e social e o produto de um sistema de atenção e serviços, combinando ações que fomentem mudanças e impactos positivos nas condições e na qualidade de vida dos sujeitos e das comunidades.

Kickbusch (1997), ao se referir às estratégias "do campo de trabalho da nova saúde pública", reforça a visão integrada e ecológica da saúde pública, propondo um modelo de análise e intervenção. Segundo a autora, o triângulo do campo de trabalho entrelaça e integra ações de promoção da saúde, a participação comunitária e as políticas públicas saudáveis, com o objetivo de garantir que sejam realizados estudos que analisem os efeitos e resultados da implementação de uma determinada política pública sobre a saúde, estimulando e ampliando o desenvolvimento de políticas que promovam uma vida diária mais saudável.

#### **Para além das políticas públicas (de saúde): as políticas públicas saudáveis**

Lahera (1999) entende uma política pública como cursos de ação e fluxos de informação relativos a um objetivo público e desenvolvido pelo setor público, com a participação da comunidade e do setor privado. As políticas incluem orientações ou conteúdos, instrumentos ou mecanismos e aspectos institucionais. É provável que as políticas públicas não se encontrem da forma descrita; pelo contrário, é possível que careçam de alguns dos elementos mencionados e que tenham objetivos confusos (em algumas circunstâncias nem sequer há política e objetivos declarados), contraditórios ou que sejam somente expressos, mas não postos em prática. Por este motivo, o autor defende que uma maneira de identificar uma política é reunir toda a informação em termos das disposições legais e orçamentárias nas agências de governo a ela relacionada.

Ao enfatizar as ações e os fluxos de informação, o autor defende a possibilidade de se diferenciar *políticas de programas*, visto que as

políticas vão além dos aspectos administrativos e de organização dos diversos componentes e ações que a constituem. Uma política usualmente abarca mais de uma repartição pública ou administrativa, o que não é freqüente que ocorra com a implementação de programas. O conjunto de programas ajuda a definir uma política, pois as políticas geralmente são executadas por meio de programas, que por sua vez são geridos no interior dos setores (Lahera, 1999).

Dror (1986) discute que apenas ter um objetivo público e que a formulação da política seja responsabilidade do setor público não são fatores suficientes para definir a condição pública de uma política. Conforme sua proposição, o que compõe e define as políticas públicas é o fato de elas serem geradas ou desenhadas no marco de procedimentos e instituições governamentais, serem legitimadas mediante legislações ou regulações e promoverem mudanças no comportamento de instituições e indivíduos em relação a um problema em particular.

No mesmo sentido, Arzubiaga (2001) observa que o objetivo central de uma política pública é alcançar o bem comum, já que os objetivos específicos relacionam-se com alternativas não-excludentes, como transformações estruturais, resolução de problemas setoriais ou temáticos, alocação de recursos e otimização de situações. A política pública expressa uma visão de sociedade e promove, mediante seus objetivos e mecanismos de ação, um planejamento do papel do Estado frente à sociedade.

O setor privado também formula e implementa políticas mediante ações reguladas, no entanto estas não são consideradas públicas. Enquanto a formulação de uma política pública é uma função central do governo, no setor

privado esta função fica a cargo dos "planejadores", da equipe de planificação. As políticas públicas envolvem diferentes níveis da sociedade e do governo. Já no setor privado, contrariamente, o número e a variedade de atores é menor e o efeito da política se restringe com frequência a um setor ou unidade.

Autores como Quade (1986), Patton, Sawick (1986) apontam que existem basicamente três grandes tipos de políticas: as *políticas distributivas*, cujo exemplo clássico é a definição de impostos (incluindo ações como a taxação de cigarros); as *políticas re-distributivas*, aquelas que provêem benefícios a grupos sociais para satisfazer a um objetivo social (engloba a conformação de organismos e instituições como a polícia, os bombeiros, a coleta de lixo ou a provisão de serviços públicos de saúde); e um terceiro tipo de políticas são aquelas consideradas *regulatórias*, formuladas para influenciar as ações, os comportamentos e as decisões de outros atores e acompanhadas de sanções (por exemplo, normas como o uso obrigatório de cinto de segurança).

Mais relevante parece ser, porém, a *análise das políticas*, pois mediante uma investigação cuidadosa, livre de pressão externa e fiel ao curso dos fatos reais pode fornecer informações aos formuladores de políticas e tomadores de decisão. Tal análise pode ser realizada antes ou depois do processo de implementação da política — denominada prospectiva no primeiro caso e retrospectiva no segundo. A análise prospectiva implica a realização de projeções acerca dos resultados que se obterá em cada uma das alternativas políticas. A recomendação da adoção de uma alternativa em particular, neste caso, deve ser

fundamentada no conhecimento e na compreensão pelo analista dos valores, metas e objetivos do seu "cliente" — os decisores políticos (Patton, Sawick 1986).

Por outro lado, uma análise retrospectiva pode dirigir-se somente à descrição e à interpretação das políticas implementadas ou pode incluir um componente avaliativo, que tem por objetivo determinar se uma política alcançou as metas propostas, o que frequentemente significa avaliar os programas e se restringe a observar o impacto de uma política em termos dos efeitos esperados dela (Dunn, 1994). Para a realização deste processo há diversas propostas referentes ao marco conceitual, que variam consideravelmente conforme o autor. Dunn (1994) propõe uma análise baseada na descrição dos atores-chave, do ambiente em que desenvolve a política e das características propriamente ditas. Lahera (1999) estabelece como elementos para a análise a origem do movimento para implementar a política pública, o desenho, a gestão do governo e a avaliação. Por sua vez, Stone (2002) propõe uma análise pautada na argumentação do problema, no propósito da política e nas soluções propostas. Metodologicamente, no entanto, há uma evidente convergência entre os autores citados, demonstrando apenas diferenças em relação à ênfase colocada num ou outro componente descrito<sup>1</sup>.

Da perspectiva do setor saúde, não há dúvidas de que medidas políticas apresentam uma capacidade potencial de influenciar nas escolhas cotidianas da população e podem ou não proporcionar aos cidadãos a oportunidade para melhorar sua saúde. Milio (1986) argumenta que a política pública é a mais poderosa ferramenta para

"moldar a forma de vida e que afeta os diversos contextos nos quais as pessoas vivem". Desta perspectiva, em quase todas as facetas da vida, a criação e o uso de produtos, serviços, informação e ambiente são afetados pelas políticas de governo, como as disposições fiscais, a regulação, a provisão de serviços, a investigação e a educação.

A ação política para a saúde, conforme Martin, McQueen (1989), se refere a todas as atividades que têm como meta informar aos encarregados de tomar decisões sobre problemas particulares e influenciá-los para que a decisão promova melhoria no estado global de saúde da população. Segundo os autores, há três elementos que compõem a ação política em saúde: a legislação no setor, a pressão política e a política pública que favoreça a saúde. A *pressão política* se apóia nas ações e nos posicionamentos da população, da mídia ou de autoridades com a finalidade de influenciar os legisladores e os líderes que tenham poder sobre os recursos para a saúde. Os autores argumentam que a pressão política se assemelha ao *lobby* e se dirige àqueles que podem decidir nos aparatos do Estado, além do corpo legislativo. Por fim, os autores mencionados referem-se à *política pública que favorece a saúde* como um componente que amplia a perspectiva tradicional da ação política, sendo uma das estratégias centrais da promoção da saúde que permite analisar, desde um referencial interdisciplinar, os efeitos de uma política sobre a saúde e a qualidade de vida da população.

A Carta de Ottawa define "política pública saudável" como uma política que melhora as condições de saúde e bem-estar dos indivíduos e comunidades e caracteriza-se por uma preocupação ex-

1. Recomenda-se recorrer aos autores citados para uma descrição detalhada sobre o método proposto por cada um para a realização da análise e a avaliação de políticas públicas.

plícita pela saúde e pela equidade e uma responsabilidade pelo impacto sobre a saúde populacional (OMS, 1986). Usualmente, as políticas públicas saudáveis se originam em diversos setores, não necessariamente no setor saúde que tradicionalmente formula as políticas específicas relacionadas com a organização da atenção à saúde da população, ou sistemas de serviços, assim como orientações para o desenvolvimento de programas de prevenção e controle de enfermidades (Restrepo, Málaga 2001).

De maneira ideal, as políticas públicas saudáveis deveriam estabelecer uma estrutura na qual os indivíduos e as comunidades pudessem ter mais controle sobre sua própria saúde e seu próprio bem-estar. Os componentes participação e mobilização comunitária, o empoderamento, a educação para a saúde, o diagnóstico comunitário estão presentes neste objetivo amplo e abrangente de uma política pública saudável proposto por Milio (1986), a qual advoga a articulação de atores sociais e a mobilização da comunidade em favor da saúde.

Ao definir políticas públicas saudáveis, Kemm (2001) se refere à noção de "condições de saúde", relacionando as políticas à necessidade de reduzir as iniquidades e promover a sustentabilidade, incluindo o componente de responsabilidade pelas gerações futuras, bem como pelas gerações presentes e pela sustentabilidade do ecossistema, o qual proporciona a manutenção do bem-estar da população.

O mesmo autor cita Whitehead (1995), que propõe um modelo de análise das políticas públicas saudáveis baseado nos determinantes da saúde, subdivididos em três níveis que se comunicam entre si: um periférico e global, outro relativo aos meios de vida e por último o âmbito individual. A imagem associada aos níveis é a de uma espiral na qual o indivíduo

esteja no centro, com abrangência e dimensão menores, e em que o nível global envolva todos os outros aspectos da vida humana e ocupe uma dimensão mais ampla. O autor considera que as políticas públicas saudáveis poderiam ser concebidas como uma influência favorável sobre os maiores níveis dos determinantes da saúde, entre eles as condições gerais socioeconômicas, culturais e ambientais, as condições de moradia e trabalho, as influências sociais e comunitárias. Os fatores individuais, os estilos de vida juntamente com características pessoais, como idade, sexo e hereditariedade, certamente influenciam a saúde, assim como os serviços de saúde também a determinam positiva ou negativamente. No entanto, é com a combinação de intervenções socialmente construídas e legitimadas em todos os níveis, principalmente no periférico ou global, que se torna possível minimizar a exposição a situações de risco e os obstáculos à vida com qualidade.

De acordo com Whitehead (1995), pode-se considerar que *a priori* todos os aspectos de uma política pública impactam a saúde direta ou indiretamente, em maior ou menor grau, é portanto toda política deveria ser uma política pública saudável. Esta tese é compartilhada por outros autores, como Epp (1996), que argumenta que todos os setores influenciam na saúde da mesma forma que as políticas que embasam as ações setorialmente. Desta perspectiva, o principal desafio é coordenar as políticas dos distintos setores no sentido da construção de políticas mais integrais e intersetoriais, que resultem na melhoria das condições de saúde da população, bem como que favoreçam escolhas saudáveis, visto que todos os setores possuem suas próprias prioridades e nem sempre a saúde é necessariamente uma questão prioritária.

O processo de formulação ou construção de políticas públicas

saudáveis tem estreita relação com os mecanismos de elaboração de políticas no âmbito da saúde pública. Parece consenso entre os autores a necessidade de se valer de estratégias como o *lobby* para advogar por causas que reflitam a melhoria das condições de saúde da população, incentivando os mecanismos de participação cidadã e a ampliação dos canais de diálogo entre governo e sociedade civil para alcançar a identificação de problemas que requerem a formulação e a implantação de políticas públicas saudáveis. Restrepo, Málaga (2001) apontam que o processo de elaboração de políticas públicas saudáveis demanda a aplicação de instrumentos técnicos e metodológicos de informação, educação e de comunicação social para informar aos decisores sobre as prioridades e demonstrar evidências ou probabilidades de sucesso ou fracasso de uma política pública saudável. Porém, é necessário considerar que há diferentes modos de interpretar o significado de "sucesso ou fracasso" de uma política pública, considerando-se o cenário, as distintas dimensões, os atores envolvidos nos diversos momentos do processo de desenho, implementação, monitoramento e avaliação da política.

Kenn (2001) recorre a Milio (1986) ao enfatizar a necessidade de promover a saúde por meio de políticas públicas, argumentando que "os interesses pela saúde seriam melhores se fossem avaliadas as repercussões das políticas afetando aspectos importantes da saúde, dos ambientes e dos estilos de vida", para justificar a necessidade de se avaliar os efeitos ou impactos das políticas sobre a saúde. Com esta inquietação, desenvolve e propõe uma metodologia chamada "*Health Impact Assessment*", a qual possibilita que os tomadores de decisão estejam esclarecidos quanto ao modo pelo qual uma política pode influenciar

e causar impactos sobre a saúde, especialmente as políticas setoriais fora do campo da saúde, em campos tais como o econômico, o de segurança pública, o de transporte, o de energia, entre outros. Assim, a metodologia *Health Impact Assessment* possibilita a identificação, a predição e a avaliação das mudanças prováveis para a saúde tanto positivas como negativas (individuais ou coletivas) de um programa, plano ou desenvolvimento de ações de uma política específica. Estas influências podem ser diretas e imediatas ou indiretas e de longo prazo.

A utilização de métodos como este favorece o reconhecimento do setor saúde como parte necessária e fundamental para análises intersetoriais amplas e profundas dos resultados das políticas, proporcionando informações aos tomadores de decisão e à opinião pública no sentido de advogar pela saúde e pelas políticas públicas saudáveis.

### A abordagem intersetorial

A intersetorialidade tem sido considerada uma estratégia de ação para superar, ao menos no nível da retórica (Almeida Filho, 2000), a segmentação das políticas sociais divididas por setores, visto que tal fragmentação indesejada dificulta uma abordagem global para a solução dos complexos problemas da saúde.

Em diversas ocasiões, como seminários e conferências (OPS, 1992; OMS, 1997), especialistas debruçaram-se em torno de uma definição consensual do significado de "ação intersetorial para saúde", a qual corresponde a uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visando a alcançar resultados de saúde (ou resultados inter-

mediários de saúde) de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só. Por meio destes debates, a sociedade como um todo, especialmente as instituições governamentais e de educação em saúde pública, tem sido convocada a apoiar a ação e o compromisso intersetoriais.

Ainda conceitualmente, Junqueira, Inojosa (1997) definem a intersetorialidade como a "articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social". Nesta perspectiva, a intersetorialidade incorpora a idéia de integração, de território, dos direitos sociais e da equidade, visto que ela constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, para garantir um acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e de seus interesses, rompendo com a *lógica burocrática, corporativista e aprisionante dos interesses das elites* (Junqueira 2000), reconhecendo os limites das intervenções e políticas setoriais isoladas. A abordagem intersetorial, neste sentido, requer uma postura de abertura ao diálogo e à negociação, uma confluência de interesses, um planejamento compartilhado entre os setores (pelo menos nos aspectos concernentes a ambos) e um processo de avaliação também compartilhado que garanta o acompanhamento das competências de cada um individualmente, os pontos de interseção e os resultados e impactos das medidas.

Há certa concordância na literatura apontando o nível local (*município*) como espaço privilegiado, definido territorial e socialmente, onde se concretiza a

integração interinstitucional e a ação intersetorial (Junqueira, Inojosa, 1997; Siqueira, 1998; Westphal, Mendes, 2000).

A consideração de que os problemas sociais concretos (como os da área da saúde) emergem numa realidade dinâmica, transitória e complexa implica a consideração de que diversos saberes, disciplinas e modos de explicar-compreender o real necessitam explicitar sua visão particular do fenômeno-problema, e ao interagirem entre si, modificam-se a si mesmos e influenciam transformações nos demais. Neste sentido, um imperativo que a abordagem intersetorial estabelece é a necessidade de assegurar uma interlocução ativa entre saberes, disciplinas e práticas — a interdisciplinaridade. Fourez (1995) destaca que a interdisciplinaridade enquanto prática pode ser considerada uma negociação entre diferentes pontos de vista, sendo necessário aceitar confrontos e tomar uma decisão que, em última instância, não decorrerá de conhecimentos, mas de um risco assumido, de uma escolha ética e política. Westphal, Mendes (2000) apontam que a interdisciplinaridade implica reconhecer a multiplicidade de olhares sobre o real e a necessidade de assumir uma perspectiva de trabalho que leve em conta as relações de reciprocidade e cooperação entre os diversos setores.

Da necessidade de um processo de planejamento compartilhado em uma ação intersetorial derivam outras emergências, como o desenvolvimento de uma programação que consista em um espaço de articulação de interesses, saberes e práticas das diversas organizações envolvidas. É neste aspecto de organização, planejamento e gerenciamento da ação intersetorial que reside um dos maiores desafios colocados por esse processo (Teixeira, Paim 2000). Os autores descrevem o

“enfoque situacional” para delinear e nortear as ações do processo de planejamento, o qual é constituído por “momentos” e requer uma visão policêntrica do conhecimento acerca da situação, síntese dos diferentes pontos de vista de cada sujeito envolvido no processo. Esta abordagem requer a admissão da pluralidade de “planejamentos”, isto é, o reconhecimento de que todos tomam decisões e estabelecem o curso de ação para a consecução dos objetivos definidos para uma política.

Almeida Filho (2000), por sua vez, propõe um modelo que ele denomina “uma concepção alternativa de transdisciplinaridade com base na possibilidade de comunicação entre os ‘sujeitos dos discursos’ sem que cada um perca sua especificidade”, ou seja, uma formação ou “olhar” transdisciplinar possibilita um trânsito entre os saberes. A intersetorialidade, da perspectiva do autor, explica uma dada situação de saúde que se origina fora do campo social da saúde e que também pode ser compreendida através da *noção instrumental de transdisciplinaridade*, considerada um importante modo de investigação da realidade e de fenômenos complexos, considerando a construção de explicações “totalizadoras” e ao mesmo tempo parciais e provisórias. Isto significa que a produção de conhecimento resultante de distintos saberes, áreas e naturezas necessita de profissionais capazes de sintetizar explicações totalizantes sobre um fenômeno complexo de múltiplas determinações. Neste sentido, o perfil destes profissionais aproxima-se de “*mutantes metodológicos*” capazes de realizar um trânsito interdisciplinar, para fornecer respostas transversais; são agentes transformadores e transformantes, com grande capacidade de adaptação a novas realidades. Estes novos profissionais com abertura a uma análise

transdisciplinar, entretanto, numa abordagem intersetorial, precisam se somar aos especialistas e leigos para darem conta do objeto-problema concreto e complexo e, então, compõem juntos explicações ou respostas totalizantes, ainda que provisórias, considerando-se a realidade altamente dinâmica e mutante de nossa sociedade.

### Políticas públicas saudáveis: desafios emergentes

Reflexionar sobre políticas públicas implica necessariamente reconhecer o papel e a responsabilidade do Estado enquanto dispositivo institucional que deve mobilizar, promover e apoiar o debate entre os distintos setores, os quais possuem interesses e perspectivas diversos e não raramente antagonísticos, visando uma abordagem mais integrada dos graves problemas que enfrentamos, principalmente de natureza econômica e social.

Especificamente em relação ao setor saúde, o tema da iniquidade emerge como o principal desafio a ser enfrentado por sua gravidade e suas conseqüências (Fortes, 2003), devendo ocupar o centro do debate e da agenda política atual enquanto princípio e diretriz norteadora das políticas públicas integradas com outros setores. Há um amplo consenso no âmbito acadêmico e técnico no campo da saúde reconhecendo que as condições de saúde não se distribuem igualmente por todas as camadas da população, sendo que a maior parte destas diferenças são socialmente determinadas e não decorrem de variações naturais (biológicas) ou de livres escolhas pessoais por estilos de vida mais ou menos saudáveis (Wilkinson, Marmot, 2000). O fato de existir um gradiente social na duração e na distribuição da qualidade de vida e saúde que incide negativamente sobre os mais pobres, gru-

pos social e economicamente vulneráveis, o foco principal das políticas públicas (saudáveis) deve dirigir-se a minimizar as desigualdades injustas. Neste sentido, Escorel (2001) preconiza políticas diferenciadas para grupos sistematicamente excluídos, sem perder de vista a igualdade de direitos e a necessidade de ocupação de espaços de participação que promovam experiências de uma cidadania consciente de seus direitos e, mais que ativa, emancipada. No entanto, apesar dos esforços no sentido de argumentar com a classe política, com os tomadores de decisão e gestores públicos sobre os profundos danos causados pela iniquidade em saúde, parece que este tema não tem recebido do Estado a atenção necessária para um real enfrentamento numa perspectiva intersetorial e com responsabilidades compartilhadas, o que implica compartilhar os riscos ao implementar uma determinada política pública, mas principalmente os êxitos e conseqüências positivas gerados a partir deste processo de diálogo e negociação político-técnico complexo.

A construção de políticas públicas saudáveis parece fortalecer os vínculos existentes entre saúde e bem-estar social ou desenvolvimento humano, entre a qualidade de vida coletiva e a individual. Kickbusch (1997) propõe que o fortalecimento da sociedade civil em sua própria reprodução passa a ser, neste sentido, um aspecto-chave se desejamos passar para a condição de uma *sociedade de bem-estar*. Desta perspectiva, a saúde assume uma posição central dentro de um *projeto social* mais amplo e atrelado às responsabilidades políticas de desenvolver e manter o bem-estar da população. O Estado, por sua vez, reconhecendo seu novo papel, deve assumir e requalificar sua responsabilidade pública, capacitando-se para distinguir e efetivamente fazer o que é de interesse público.

## REFERÊNCIAS

- Almeida Filho N. Intersectorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Rev Adm Pública*. Rio de Janeiro 2000;34(6):11-34.
- Arzubiaga JP. Políticas sociales y desarrollo regional. 2001. Disponível em: [\[http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro252/libro252.pdf\]](http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro252/libro252.pdf). Acesso em: 03/12/2001.
- Dror Y. *Policy-Making Under Adversity*. New Brunswick: Transaction Books; 1986.
- Dunn WN. *About public policy analysis: an introduction*. New Jersey: Prentice Hall; 1993.
- Epp J. *Achieving health for all: a framework for health promotion*. Ottawa: Minister of Supply and Services; 1986.
- Scorel S. Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais. OPS/OMS. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3310.pdf>. Acesso em: 24/05/2003.
- Evans R, Barer M e Marmor T, editores. *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York: Aldine de Gruyter; 1994.
- Fortes PAC. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. In: Fortes PAC e Zoboli ELCP. *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2003. p.35-47.
- Fourez G. *A construção das ciências. Introdução à filosofia e à ética das ciências*. São Paulo: Unesp; 1995.
- Gómez-Zamudio M. *Teoría y guía práctica para la promoción de la salud*. Nicaragua: Unidad de Salud Internacional/CIES; 1998.
- Junqueira LAP. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. *Rev Adm Pública*. Rio de Janeiro 2000;4(6):35-45.
- Junqueira LAP, Inojosa RM. *Desenvolvimento social e intersectorialidade: a cidade solidária*. São Paulo: Fundap; 1997.
- Kemm J. Health impact assessment: a tool for healthy public policy. *Health Promot Internation* 2001;16(1):79-85.
- Kickbusch I. New players for a new era: responding to the global public health challenges. *J Public Health Medicine* 1997;19(2):171-8.
- Lahera EP. *Introducción a las políticas públicas*. [S.l.]: CEPAL; 1999.
- Martin C. e McQueen D. *Readings for a new public health*. Edinburgh: Edinburgh University Press; 1989.
- Milio N. *Promoting health through public policy*. Ottawa: Canadian Public Health Association; 1986.
- Nathanson C. Social movements as catalysts for policy change: the case of smoking and guns. *J of Health Polit Policy Law* 1999;24(3):421-88.
- OMS. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Canadá: [s.n.]; 1986.
- OPS/OMS. *Promoción de la salud: una antología*. Washington: OPS; 1996. [Publicación Científica no. 557].
- OPS/OMS. *Análisis de la prestación de servicios de salud (1989-1990)*. In: *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington: OPS; 1996. p. 35-50. [Publicación Científica no. 540].
- Quade ES. *Analysis for public decisions*. In: Patton CV, Sawicki DS. *Basic methods for policy analysis and planning*. Englewood Cliffs: [s.n.]; 1986. p. 18.
- Restrepo H, Málaga H. *Promoción de la salud — Cómo construir una vida saludable*. [S.l.]: Médica Panamericana; 2001.
- Rose G. *Individuos enfermos y poblaciones enfermas*. In: *El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. Washington: OPS; 1988. p.900-9. [Publicación Científica 505].
- Siqueira MM. *Transectorialidade dos serviços urbanos: preâmbulos de discussão*. *Rev Adm Pública*. Rio de Janeiro 1998;32(12):93-107.
- Stone DA. *Policy paradox the art of political decision making*. 2. ed. New York: WW Norton & Company; 2002.
- Teixeira CF e Paim JS. *Planejamento e programação de ações intersectoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida*. *Rev Adm Pública*. Rio de Janeiro 2000;34(6): 63-80.
- Terris M. The development and prevention of cardiovascular disease risk factors: socioenvironmental influences. *J Public Health Policy* 1996;17(4):426-41.
- Westphal MF, Mendes R. *Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersectorialidade*. *Rev Adm Pública*. Rio de Janeiro 2000;34(6):47-61.
- Westphal MF. *O movimento de municípios saudáveis e a conquista da qualidade de vida*. *Ciência e Saúde Coletiva* 2000; 5(1):39-51.
- Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. *Int J Health Serv* 1992; 22(3):429-445.
- Whitehead M. *Tackling inequalities a review of policy initiatives*. In: Benzeval M, Judge K, Whitehead M, editores. *Tackling inequalities in health*. London: King's Fund; 1995. Cap.3.
- Wilkinson R, Marmot M, organizador. *Social determinants of health: the solid facts*. Europe: WHO; 2000.

---

*Recebido em 05 de agosto de 2003  
Aprovado em 10 de setembro de 2003*