



EPEPE
ENCONTRO DE PESQUISA
EDUCACIONAL
EM PERNAMBUCO

Educação e Desenvolvimento
na Perspectiva do Direito à Educação

EIXO TEMÁTICO 1: O MOVIMENTO MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS E O PROGRAMA ACADEMIA DAS CIDADES: Analisando as concepções de atividade física, promoção da saúde e qualidade de vida.

Cezar Gomes da Silva- UFPE

RESUMO

Nas últimas décadas o Brasil consolidou ações importantes na esfera das políticas públicas para saúde. Entretanto, esta condição não se revela aos diversos contextos da realidade social brasileira. A amplitude dos fatores que determinam tal relação reitera a necessidade da investigação como condição para compreensão de alguns fenômenos que abarcam a saúde coletiva. Este trabalho se debruça sobre os processos estruturadores do *Movimento Municípios Saudáveis* e suas congruências e incongruências com o *Programa Academia das Cidades*, abordando de uma forma dialética as concepções de *Qualidade de Vida*, *Promoção de Saúde e Atividade Física*. Neste sentido, a contribuição a partir destas análises leva em conta pressupostos conceituais do Programa Academia das Cidades (PACID) a luz do ideário por Cidades Saudáveis, estabelecendo como diretriz a problematização de seus princípios e fundamentações. Preenche-se assim, uma lacuna importante a compreensão dos fatores de ordem mais subjetiva, entretanto, relevantes para um entendimento de questões mais complexas relacionadas ao Programa Academias das Cidades como políticas pública de saúde no Estado de Pernambuco.

Palavras-Chave: Municípios Saudáveis. Promoção da Saúde. Qualidade de Vida.

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como foco principal saber em que medida o ideário das Cidades Saudáveis foi apropriado pelo Programa Academia da Cidade (PAC – Prefeitura do Recife) e pelo Programa Academia das Cidades (PACID – Governo de Pernambuco). Supondo-se que através desses parâmetros possa se desvelar tanto nas formulações, quanto nas ações dos programas uma consonância com o ideário do Movimento. Assim este trabalho propõe-se a problematizar os fundamentos de tais programas enfatizando as concepções de *Qualidade de Vida*, *Promoção da Saúde e Atividade Física*, buscando analisar as congruências e incongruências destes com o ideário das Cidades Saudáveis.

A relevância de tal estudo está em contribuir para a ampliação do debate acerca do ideário das Cidades Saudáveis, principalmente no campo do conhecimento da Educação

Física, onde ainda é muito corrente uma visão restrita da relação entre Saúde, Qualidade de Vida e Atividade Física, e o professor é cada vez mais incitado a compor as equipes multidisciplinares neste campo.

Os precedentes que se apresentam a partir das práticas intersetoriais a cerca das categorias investigadas, conduzem a olhar o tema a partir de diferentes perspectivas. Neste sentido, a revisão bibliográfica e a análise de conteúdos balizam as proposições metodológicas de investigação e o trato com os programas em tela, empregando uma abordagem dialética referenciada por uma perspectiva qualitativa de pesquisa.

Para situar os referenciais do ideário de Cidades Saudáveis consideram-se a contextualização histórica a partir dos pressupostos de sua concepção e as diversas etapas em que se desenvolve.

Nas análises documentais foram considerados os registros dos relatórios e cartas apresentadas nos fóruns internacionais de promoção de saúde (Relatório de Lalonde, Carta de Ottawa, Declaração de Santa fé de Bogotá entre os mais importantes), pois incorporam fatos relevantes que reorientaram as políticas de saúde da época, além de fundamentar os preceitos do movimento e sua propagação pela Europa e America Latina.

A literatura da área na qual se instrumentaliza o debate a cerca da Qualidade de Vida e Promoção de Saúde está referenciada nos estudos realizados por Márcia Westphal, Rosilda Mendes, Paulo Marchiori Buss e Dina Czeresnia, trazendo uma retrospectiva história do movimento e o aprofundamento conceitual no que se refere à intersectorialidade. As concepções de Atividade Física e a compreensão da mesma como determinante nas condições de saúde e melhoria da qualidade de vida, foram situadas a partir da coletânea de Nahas e Moretti que atentam para importância das práticas corporais no âmbito da saúde.

No que se referem aos programas em estudo (PAC) Programa Academia da Cidade e (PACID) Programa Academia das Cidades, as análises foram realizadas a parti das referências apresentadas nos sites oficiais dos programas da Prefeitura do Recife e Governo do Estado de Pernambuco no Período entre os anos de 2000 a 2010, além de panfletos e cartilhas que expressam suas formas de organização. Outras bases para argumentações deste trabalho encontram-se nos estudos realizados por Gina Guimarães e Joselma Cordeiro, onde se evidenciada a relação dos programas com o ideário do movimento por Cidades Saudáveis, em conformidade com projeto de lei que consolida o PPA 2002/2005 em Recife.

O MOVIMENTO MUNICIPIOS SAUDÁVEIS E SEU IDEÁRIO

Origem e princípios

Muitas foram às transformações na esfera da saúde desde o século XIX até os dias atuais. Se hoje se refere à Saúde “[...] como produção social de determinação múltipla e complexa, que exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção” (PNPS/MS, 2010, p. 10), isso se deve, antes de tudo, a mobilizações populares, como as criadas na Inglaterra por volta de 1840, denominada, “Associação pela Saúde das Cidades”, que se organizaram em função dos danos a saúde que estavam se proliferando por ocasião do advento do processo de urbanização da Europa e suas enormes consequências epidêmicas, além da resistência dos Governos em introduzir reformas. (WESTPHAL, 2000, p. 41)

A autora sugere ainda que os principais pressupostos do Movimento Cidades Saudáveis podem ser relacionados a antigas preocupações do movimento sanitário europeu do século XIX, que já reconhecia os governos locais das cidades e as associações comunitárias como importantes agentes no equacionamento dos problemas de saúde. (WESTPHAL, 2000, p. 40) Todavia, Czeresnia (2003) aponta outras suposições contextuais relevantes que proporcionam outra interpretação para esse desdobramento.

[...] A análise de alguns, autores evidencia como a configuração dos conhecimentos e das práticas, nestas sociedades, estariam construindo representações científicas e culturais, conformando os sujeitos para exercerem uma autonomia regulada, estimulando a livre escolha segundo uma lógica de mercado. A perspectiva conservadora da promoção da saúde reforça a tendência de diminuição das responsabilidades do Estado, delegando, progressivamente, aos sujeitos, a tarefa de tomarem conta de si mesmos (LUPTON, 1995; PETERSEN, 1997 apud CZERESNIA, 2003. p. 1).

Em 1974, o Ministro da Saúde do Canadá, Marc Lalonde, publicou um relatório que mais tarde viria a ser um marco referencial na orientação das políticas públicas de saúde no mundo inteiro. O relatório Lalonde enfatizava que o modelo tradicional de assistência apresentado até então não era eficiente, Questionava a condição da medicina terapêutica em solucionar por si só, problemas de saúde que englobavam um contexto mais amplo, de ordens social, econômica e política, caracterizando assim o campo da saúde a outros três componentes, o da biologia humana, ambiente e hábitos de vida.

De acordo com Ferreira e Buss (2001), em 1984, sob a liderança do ministro Jake Epp, em uma conferência Canadense denominada “Para além do Cuidado a Saúde”, com participação do Escritório Europeu da Organização Mundial de Saúde (EURO/OMS), dois novos conceitos foram introduzidos: o de política pública saudável e o de cidade ou comunidade saudável. A partir daí admitiu-se a influência das decisões políticas externas ao setor nas situações de saúde. E com idéia de “cidade saudável” avançou-se no conceito de “empoderamento” e participação social, buscando a promoção da saúde através da descentralização do poder às comunidades locais. Para Westphal (2000), o congresso em Toronto viria para avaliar os progressos após dez anos da publicação do Informe de Lalonde. De acordo com a autora o assunto interessou muito aos presentes, principalmente à representante do escritório europeu da OMS, que o assumiu como um projeto estruturante do novo paradigma, iniciando sua divulgação nos países europeus. Em 1985, a OMS/ Escritório Europeu elaborou um projeto de promoção de saúde, para ser desenvolvido em quatro ou seis cidades européias, denominado Projeto Cidades Saudáveis. O começo oficial do projeto, que deveria durar cinco anos ocorreu em Lisboa em março de 1986. (WESTPHAL, 2000, p.41-42)

As primeiras cidades envolvidas adotaram os princípios definidos na proposta de saúde para todos da OMS criados em 1977 por ocasião da realização da 30ª Assembléia Mundial de Saúde. Essencialmente na defesa de ações que diminuíssem as desigualdades sociais a serem adotadas por todos os países, e que as metas para a saúde até 2000 fossem atingidas diminuindo as discrepâncias entre países desenvolvidos e os em desenvolvimentos.

A primeira definição descrita para cidades saudáveis foi elaborada em 1986, por Hancock e Duhl, que ressaltavam a importância histórica da tomada de decisão dos governos locais no estabelecimento de condições para a saúde, para interferir nos determinantes sociais, econômicos e ambientais, por meio de estratégias como planejamento urbano, *empowerment* comunitário e participação da população. Conforme os autores supracitados, uma cidade saudável é aquela que está continuamente criando e melhorando os ambientes físicos e sociais, fortalecendo os recursos comunitários que possibilitam às pessoas se apoiarem mutuamente no sentido de desenvolverem seu potencial e melhorarem sua qualidade de vida (HANCOCK, 1993, apud WESTPHAL e MENDES, 2000, p. 49)

Mendes (1996) foi um dos primeiros autores brasileiros a abordar o tema. Considera o movimento por cidades saudáveis como um “projeto estruturante do campo da saúde”, em que os atores sociais (governo, organizações da sociedade civil e organizações não-governamentais) procuram, por meio da gestão social, transformar a cidade em um espaço de “produção social da saúde”, desta forma, a saúde é entendida como qualidade de vida e considerada objeto de todas as políticas públicas, entre as quais as de saúde. (WESTPHAL e MENDES, 2000, p. 49)

Vale salientar que entre as contribuições mais importantes para as formulações conceituais sobre o tema, está a Carta de Ottawa, resultada da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na cidade de Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Marco de referência principal da promoção da saúde está entre as principais ações precursoras voltadas para as mudanças de paradigmas do setor, preconizando o novo olhar sobre o campo da saúde e restabelecendo a configuração relatada por Lalonde e a Declaração de Alma – Ata, vindo a convergir de forma sistemática nos documentos e declarações das conferências subsequentes. Segundo Buss (2000), o movimento das cidades saudáveis surgiu na Europa, no mesmo ano (1986) em que se realizou a já mencionada Conferência de Ottawa no continente americano. Desde então vem crescendo continuamente envolvendo hoje mais de 1.800 cidades, em várias redes desenvolvidas nos cinco continentes. O autor diz ainda que o movimento chegou à América Latina no Início da década de 1990, referendado na Declaração de Santa Fé de Bogotá (OPAS,1992) pela maioria dos países latino-americanos, assim como pela Carta de Promoção da Saúde do Caribe (OPAS, 1993). (OPAS, 1992-1993, *apud* BUSS, 2000)

Segundo Mendes (2000), as diretrizes dos projetos de Municípios saudáveis estão baseadas nas formulações dos países desenvolvidos, como vimos anteriormente, desde o século XIX, na América do Norte e Europa. Já a sua implantação, se dá nos países em desenvolvimento nos anos de 1990, e assim como os países da América Latina, as primeiras iniciativas por Cidades Saudáveis, no Brasil, datam do início da década de 90. (MENDES, 2000, p. 66)

A autora diz ainda que há duas fases distintas para aproximação das cidades brasileiras com esta filosofia.

Na primeira, há uma relação mais direta com o movimento canadense, Especialmente com a cidade de Toronto, cujos técnicos participaram de seminários nas cidades brasileiras, com intuito de sensibilizá-las para o

tema. [...] Esta fase se inicia com a experiência da cidade de São Paulo em 1991, apoiada por um convenio de cooperação técnica, existentes desde o final dos anos de 1980 entre as cidades de São Paulo e Toronto, consideradas cidades-irmãs. [...] Numa segunda etapa podemos verificar um protagonismo maior das Universidades, de órgãos como o CONASEMS e da Fundação Kellogg, que promovem colaboração técnica e/ou financeira. (MENDES, 2000, p. 67)

Vale salientar ainda que alguns autores brasileiros utilizam-se da nomenclatura “Cidade Saudável” em detrimento de “Município Saudável” como o movimento é mais conhecido na América Latina, pelo fato de a expressão “município” referir-se a uma esfera de governo, enquanto “cidade” é uma idéia universal e que não nega o conceito anterior.

Concepções de Qualidade de Vida

Concernir sobre qualidade de vida remete a uma observação preliminar sobre alguns fatores que permeiam as condições ou atributos da existência humana, bem como, as varias formas e modos de viver. Diferentes contextos podem ressaltar a subjetividade do tema, entretanto a qualidade de vida que se procura enfocar e consequentemente definir, não esta só para as condições subjetivas de viver bem e ser feliz. Porém, deve ser tão substancial quanto o produto de uma ação, pessoal ou impessoal que se permita avaliá-la. Longe da pretensão de chegar a uma definição acabada, temos hoje, instrumentos suficientes que possibilitam uma problematização mais ampla sobre as condições de vida de determinada pessoa ou população, trazendo recursos para abordagem do tema de forma a relacionar os fatores das mais diversas ordens (políticas, econômicas, sociais, entre outras) com a qualidade de vida, seus estilos e as possibilidades de intervir nos mesmos.

Para o movimento Municípios Saudáveis a qualidade de vida é um produto social referenciado pela própria existência. Tendo como parâmetro o provimento de condições fundamentais para a saúde. Balizada pela Carta de Ottawa seriam estas as condições para se ter qualidade de vida nas cidades: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BRASIL, 2001).

Inúmeros conceitos de qualidade de vida poderiam ser citados neste trabalho mais, alguns não estariam em consonância com os referendos produzidos nas conferências internacionais realizadas nos últimos anos, bases para a construção do Movimento

Municípios Saudáveis ao qual se procura enfocar. Mesmo assim, vale salientar as possíveis tensões literárias a respeito do que seria uma vida com qualidade, evidenciando-se uma busca a indicadores objetivos, não só para respostas mais concisas sobre o tema, mas também para evidenciar com mais propriedade os problemas que interferem nas condições de vida da população.

Algumas contextualizações tecem com relativa propriedade sobre os condicionantes da qualidade de vida, permitindo delimitar empiricamente fatores que determinam a maneira de viver de uma coletividade. Essas formulações encontra-se expressa no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de autoria de Nussbaum e Sen. Segundo Westphal (2000) a definição de qualidade de vida de Nussbaum e Sen, estão fundamentadas a partir dos conceitos de CAPACIDADE E FUNCIONALIDADE, como seguem abaixo:

[...] o de CAPACIDADE, que representa as possíveis combinações de potencialidades e situações que uma pessoa está apta a ser ou fazer; e FUNCIONALIDADE, que representa partes do estado de uma pessoa – as varias coisas que ela faz ou é. Para Nussbaum e Sen, então, qualidade de vida pode ser avaliada em termos de capacitação para alcançar funcionalidades elementares (alimentar-se, ter abrigo, saúde) e as que envolvem auto-respeito e integração social (tomar parte na vida da comunidade). (WESTPHAL, 2000, p. 44)

Westphal (2000) diz ainda que os autores foram influenciados pelos conceitos de ética de Aristóteles e pelos conceitos de Marx, elaborando assim uma concepção da existência e do florescimento humano e a parti daí propondo a forma atual do desenvolvimento do IDH (CROCKER , 1993 apud WESTPHAL, 2000, p. 44).

Portanto, é importante reconhecer que este e outros indicadores se defasam ao reporta-se essencialmente aos padrões de consumo, deixando de lado outras dimensões importantes, como a ambiental, que esta sujeita as degradação imposta pelo modelo de desenvolvimento que vigora nas grandes metrópoles, seja pelo modo inconsequente e desordenado de urbanização das cidades, seja pelos danos causados por um processo de industrialização que fragiliza a saúde e compromete a qualidade de vida das pessoas.

O conceito de qualidade de vida deve dar conta da complexidade que ele representa e refletir a organização social e sua dinâmica. Precisa integrar

quantas dimensões forem necessárias para que possa vir a ser empregado como substrato de uma crítica em profundidade a um estilo desenvolvimento vigente, identificando as distorções existentes e propondo uma via alternativa de desenvolvimento. Deve ser objetivo suficiente para que seja capaz, ao ser transformado em indicador, de subsidiar sugestões para implementar políticas que garantam uma ordem social mais equitativa de distribuição de riqueza. (WESTPHAL, 2000, p. 45).

A compreensão do conceito de Capacidade e Funcionalidade descrita anteriormente segue uma lógica de preparar, ou tornar consciente o indivíduo e/ou coletividade de suas potencialidades, estabelecendo-se assim, condições para se alcançar um estilo de vida satisfatório. Porém, o entendimento sobre qualidade de vida não se esgota nessas premissas, fundamentam-se também por concepções de liberdade que correspondem às influências que determinam a ação do sujeito. Segundo Chauí (1995) na perspectiva aristotélica:

É livre aquele que tem em si mesmo o princípio para agir ou não agir, isto é, aquele que é causa interna de sua ação ou decisão de não agir. A liberdade é concebida como o poder pleno e incondicional da vontade para determinar a si mesma ou para ser autodeterminada. (CHAUI, 1995, p. 360)

Ainda segundo a autora essa concepção de liberdade também é em parte compartilhada por Hegel e Marx.

[...] eles conservam a idéia aristotélica que a liberdade é autodeterminação ou ser causa de si. Conservam também a idéia de que é livre aquele que age sem ser forçado nem constrangido por nada ou por ninguém e, portanto, age movido espontaneamente por uma força interna própria. No entanto diferentemente de Aristóteles e Sartre, não colocam a liberdade no ato de escolha realizado pela vontade individual, mas na atividade do todo, dos quais os indivíduos são parte. [...] o todo ou totalidade, pode ser a Natureza – como para os estoicos e Espinosa – ou a Cultura – como para Hegel – ou, enfim, uma formação histórico-social –

como para Marx. Em qualquer dos casos é a totalidade que age ou atua segundo seus próprios princípios, dando a si mesma suas leis, suas regras, suas normas. ”(CHAUI, 1995, p. 361)

Sendo assim, decerto por meio da consonância do ser capaz de discernir sobre suas ações (Aristóteles), e o ser produto do meio em que vive (Marx), teríamos a qualidade de vida como sendo o resultado da condição humana em determinar suas ações e propósitos a partir do grau de liberdade (emancipação) posto pela totalidade, que seria justamente as condições objetivas e subjetivas disponíveis no contexto histórico e social.

Desta forma, há de se relevar como essenciais as condições necessárias para se sobreviver, saciar a fome e a sede ou proteger-se das intempéries como o calor e o frio, são determinantes fundamentais da ação humana, de modo a subordinar e preceder a todos os outros condicionantes. Este fato é observado em situações de extrema miséria, que esta longe de se um substrato do imaginário ou coisa inconcebível nos dias de hoje. Erradicar esse modo deplorável de vida está no cerne dos princípios que balizam o Movimento Municípios Saudáveis, que apontam dentre as condições necessárias a uma melhor qualidade de vida “a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade”. (BRASIL, 2001)

Estas fundamentações conceituais estão enraizadas numa proposta que segue com extrema coerência histórica as formulações abordadas, desde o século passado com o Informe de Lalonde, até os dias atuais, com a disseminação desses conceitos nas diversas conferências até então realizadas, e corroboradas nas suas essências pelo Movimento Municípios Saudáveis. Todavia, a preconização por uma melhor qualidade de vida, constitui-se sobre tudo por uma ação intersetorial. O olhar coletivo e interdisciplinar é fundamental para o equacionamento das condições de saúde de forma mais justa e igualitária.

Segundo Westphal e Mendes (2000), pensar e agir interdisciplinaridade são um dos fundamentos de cidades saudáveis, que se apóia no seguinte conceito de saúde como qualidade de vida:

[...] no conceito de saúde como qualidade de vida. Consiste, entretanto, na árdua tarefa de passar de um trabalho individual e compartimentado nos ramos da ciência para um trabalho coletivo. Supõe-se a compreensão dos pensamentos e das ações desiguais e, sobretudo, pressupõe considerar

a exigência de pontos comuns entre as pessoas que pretendam realizar a ação interdisciplinar. (WESTPHAL e MENDES, 2000, p. 51)

Partindo do pressuposto que a adoção de um estilo de vida saudável esta relacionado a múltiplos fatores que influenciam o comportamento humano, dentre eles aqueles alheios a sua vontade, isto é, provocada por situações externas relativas ao convívio social ou adversidades referentes ao ambiente, bem como, a capacidade de determinar a si mesmo e as suas ações, provenientes da autodeterminação, estão por vezes influenciando nossas decisões na criação de hábitos saudáveis. As evidências e as informações sobre as condutas que melhoram a qualidade de vida do indivíduo e da coletividade, recaem sobre essas escolhas. A importância da atividade física como determinante na melhoria das condições de saúde estão postas, e não deve estar ausente ao dialogo com outros condicionantes, interagindo de forma coletiva e agregando valores para superação dos problemas em comum.

No contexto das sociedades industrializadas e em desenvolvimento, o estilo de vida e em particular a atividade física, tem sido, cada vez mais, um fator decisivo na qualidade de vida – tanto geral quanto relacionado à saúde – das pessoas em todas as idades e condições. Individualmente a atividade física está associada à maior capacidade de trabalho físico e mental, mais entusiasmo para vida e positiva sensação de bem-estar. Socialmente, estilos de vida mais ativos estão associados a menores gastos com saúde, menor risco de doenças crônico-degenerativas e redução da mortalidade precoce. (NAHAS, 2006, p. 18)

Nahas (2006) ressalta ainda que existam diferenças gritantes nos padrões de vida em diversas regiões, desenvolvidas e pobres, onde a luta diária pela sobrevivência impedem que as questões hierarquicamente mais significativas em termos de qualidade de vida possam ser consideradas (como o lazer e a cultura), e que a verdadeira escala de qualidade de vida começa quando as barreiras da sobrevivência são ultrapassadas (NAHAS, 2006, p. 18).

Concepções de Promoção da saúde

Com o desenvolvimento nos países da Europa e América do Norte no século passado vieram também as enfermidades, causadas nessa circunstância pelas condições de vulnerabilidade da população que migrava para os grandes centros urbanos. É nesse contexto que nasce a concepção de Promoção da Saúde abordada pelo Movimento de Cidades Saudáveis, resultado de inúmeros esforços dos movimentos sociais, sanitaristas, poder público, setores sindicais entre outros, que se empenham até hoje em erradicar a miséria e as injustiças causada pelo sistema econômico adotado pela maioria dos países desenvolvidos.

Esses princípios conceituais foram forjados dentro de uma sequência de fatos históricos que se tornaram marco referencial para o diálogo sobre promoção de saúde em todo o mundo. A partir do “[...] relatório de Lalonde, com a caracterização do campo da saúde e a evidencia de que o atual padrão (organização de assistência à saúde) era o componente desse campo que menos efeito parecia ter para promover uma melhor saúde, com o qual uma maior importância teria para os outros três componentes de biologia humana, ambientes e hábitos de vida” (FERREIRA E BUSS, 2001). Apesar deste informe se propagar pelas diversas conferências internacionais sobre promoção de saúde, estaria este conceito definido com propriedade já na primeira, referendando até hoje a base teórica das produções subsequentes. A Carta de Ottawa define:

Promoção de Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo a maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de pleno bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção de saúde não é responsabilidade exclusiva do setor de saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (BRASIL, 2001)

A ênfase dada a este conceito sobressalta sobre a dialética de ter uma vida em função da manutenção da saúde. Ou seja, viver buscando a condição de ser saudável, e não ser saudável como mais uma condição para se viver. A dimensão da saúde é tão importante

quanto à política, a econômica, a social, a cultural, a ambiental, a comportamental, a biológica entre outras, que podem interferir de diversas formas no produto final que é a qualidade de vida.

O balizamento dessa reflexão pode estar implícito nas abordagens dos vários programas voltado à promoção da saúde. Observam-se aspectos das ações nesse campo muito mais voltados a diminuir os riscos de morte, do que intervenções mais efetivas a parti dos determinantes a que estão sujeitas as condições de vida. Segundo o modelo de crenças em saúde (Health Belief Model - HBM) pressupõe-se que uma ação relacionada à saúde depende da ocorrência de quatro variáveis definidas por Rosenstok (1974):

A Susceptibilidade percebida - refere-se à percepção subjetiva do risco pessoal de contrair uma doença; **Severidade percebida** - a gravidade ou seriedade da doença pode ser avaliada tanto pelo grau de perturbação emocional criada ao pensar na doença quanto pelos tipos de conseqüências que a doença pode acarretar (dor, morte, gasto material, interrupção de atividades, perturbações nas relações familiares e sociais, etc.); **Benefícios percebidos** - referem-se às crenças na efetividade da ação para a saúde e à percepção de suas conseqüências positivas; **Barreiras percebidas** - os aspectos negativos da ação são avaliados em uma análise do tipo custo benefício, considerando possíveis custos de tempo, dinheiro, esforço, aborrecimentos, etc. (ROSENSTOK, 1974 *apud* COLETA, 2003, p. 112)

Em suma, a adesão a um programa de promoção da saúde esta quase sempre voltada ao medo de morrer, ou de perde as capacidades funcionais. Sob essa ótica Buss (2000) cita (SUTHERLAND E FULTON, 1992) remetendo uma divisão da promoção da saúde em dois grandes grupos. A primeira trata-se de uma abordagem individualista, centrada no individuo, onde “[...] a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos. [...] primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. [...] nessa abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos”. (SUTHERLAND e FULTON, 1992 *apud* BUSS, 2000, p. 166) Esta ótica não é corroborada pelo Movimento Município Saudável que compartilha com a idéia de que:

[...] O que, entretanto, vem a caracterizar a promoção da saúde, modernamente, é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, em torno do qual se reúnem os conceitos do segundo grupo. Este sustenta-se no entendimento de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as mais fáceis) e do reforço (empowerment) da capacidade dos indivíduos e da comunidade. (BUSS, 2000, p. 167)

Portanto as estratégias para se adotar uma política horizontalizada de promoção de saúde, remete a um acúmulo de conhecimentos por parte da população, que de forma conseqüente se traduzirá por um controle social qualificado e um maior poder nas decisões coletivas. Trata-se de um processo educativo, onde a capacitação da comunidade torna-se essencial para que esta venha a usufruir de condições melhor de vida por ela proporcionadas. Westphal (2000) entende que o conceito de promoção de saúde, que reforça a importância da ação ambiental e da política, bem como a mudança do estilo de vida, foram muito importantes como referência para o movimento (WESTPHAL, 2000, p. 41). Assim, “a saúde deixa de ser um objetivo a ser alcançado, tornando-se um recurso para o desenvolvimento da vida”. (PILON, 1990, 1992; RUSSEL, 1995 apud WESTPHAL, 2000, p. 41)

Entretanto, para conceber a promoção da saúde dentro dos pressupostos conceituais aqui descritos, é necessária a mudança na forma organizacional das cidades, principalmente quando o sistema está caracterizado por ações verticais e setorializadas, afastando a possibilidades de produzir e promover a saúde coletivamente. Assim, fazer avançar a promoção da saúde passa por descontextualizar a organização à que esta disposta

o Estado, e com ele a própria saúde, arraigada de procedimentos pontuais como a medicalização social, onde tudo se trata remediando de modo exacerbado, os corpos, as mentes e relações pessoais. Além de uma postura profissional corporativa, que acaba por tornar difíceis as iniciativas intersetoriais necessárias para compreender e agir dentro das perspectivas de uma nova saúde pública.

Concepções de Atividade Física

Diante dos avanços das estratégias do campo da saúde para melhoria da qualidade de vida a partir do século XIX, até as elaborações mais recentes acumuladas pelo movimento da Nova Saúde Pública, é possível observar uma apropriação mais plural e significativa do papel da atividade física durante esse período. Diferentemente das formas abordadas no início do século XX, onde as concepções Eugenistas e Higienistas foram bastante difundidas como conteúdo da educação física, declinando-se a fomentar os valores atribuídos na época a corpos mais fortes e saudáveis, hoje, trata-se de uma forte aliada na superação de inúmeros problemas da vida contemporânea. Segundo Nahas (2006):[^]

A atividade física entendida, como uma característica inerente ao ser humano, com dimensão biológica e cultural, representa um tema interdisciplinar e complexo que tem atraído a atenção de pesquisadores, da mídia e da saúde pública em todo mundo nas últimas décadas. (NAHAS, 2006, p. 40)

Ainda segundo o autor “*defini-se atividade física como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética – portanto voluntário – que resulte num gasto energético acima dos níveis de repouso*” (NAHAS, 2006, p. 40).

Por tanto, os estudos de Nahas suscitam a atividade física como elo importante nas ações interdisciplinares, aproximando-se bastante ao ideário de Cidade Saudável, porém, a literatura pesquisada não aponta nenhuma atuação prática neste sentido agregada ao Movimento por Municípios Saudáveis. Pelo contrário, as relações postas com os programas em foco (PAC-PACID), remetem a uma ação setorializada e unilateral. Todavia, é possível visualizar as possibilidades de uma ação intersetorial e interdisciplinar

por meio da Atividade Física, já que, trata-se de uma produção social histórica e sendo assim não esta alheia a este processo.

Contudo, já é corrente a inserção do profissional de educação física no Sistema Único de Saúde, compondo as equipes multidisciplinares nas Unidades de Saúde da Família ou em ações de promoção da saúde desenvolvida pelas secretarias municipais e estaduais de saúde. Segundo Moretti, *et al* (2009), essas ações já são desenvolvidas pela Secretaria Municipal de São Paulo desde 2001.

A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo vem desenvolvendo ações no sentido de renovar a saúde pública, embasadas, entre outros, na Portaria GM/ nº. 971/ de 03 de maio de 2006, que dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde - PNPIC SUS, na **Portaria GM/ nº. 853, de 17 de novembro de 2006** que inclui na tabela de serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do SUS, o serviço de código 068 - Práticas Integrativas e Complementares, no Programa de Medicina Tradicional, criado pela OMS (Organização Mundial da Saúde) no final da década de 1970 e na *"legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde, as quais no Brasil iniciaram-se a partir da década de 1980, principalmente após a criação do SUS"*. Para isso, desde 2001, um de seus focos de atuação foi à implantação de práticas corporais abertas à população em sua rede de unidades de saúde, buscando formas diferenciadas de produzir saúde, compor relações sociais e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida da população. (MORETTI, *et al*, 2009 p. 351)

O fato de iniciativas desenvolvidas pelo SUS junto aos Estados e Municípios, além de outras tantas apontarem para a importância da atividade física e o papel do profissional de educação física nas políticas públicas de promoção da saúde, não se considera que estas premissas contextualizem a relevância destas ações para estabelecer um paradigma congruente ao o ideário de Municípios Saudáveis. Sendo assim, as relações paradoxais daram mais subsídios na construção de parâmetros que venham a balizar uma série de proposições neste sentido. Todavia, a atuação do profissional de educação física paira muitas vezes sobre intervenções relativas à prescrição de exercícios e de caráter informativo/educativo, precedendo assim um trato pedagógico ao que vem

hegemonicamente voltado aos determinantes biológicos. Bagrichevsky e Estevão (2005) alertam sobre o predomínio da dimensão biológica na literatura científica e publicações acadêmicas que referenciam as inter-relações entre atividade física e saúde.

[...] as abordagens investigativas sobre saúde, presentes na educação física. É notório que ainda são privilegiados enfoques que exploram mais os determinantes biológicos, em detrimento dos elementos sócio-culturais e econômicos intervenientes no processo saúde-doença. A dimensão exultada nessa tendência hegemônica é a da ‘atividade física associada à saúde’, compreensão esta, prevalentes em boa parte das publicações acadêmicas na área e que busca advogar a existência de uma relação de ‘causa e efeito’, quase exclusiva, entre ‘exercício’ e ‘saúde’. Em outras palavras, para tais estudos, a saúde poderia ser tomada, à priori, como consequência de efeitos fisiológicos (mensuráveis quantitativamente) produzidos pela prática regular de atividade física. (BAGRICHEVSKY E ESTEVÃO, 2005, p. 66)

Sendo assim, observa-se um descomprometimento da educação física em agregar valores a sua praticas no âmbito da saúde, estejam elas relacionadas às ciências sociais ou outras determinações de ordem mais subjetivas, já que as praticas corporais não são desprovidas de conteúdos sociais, históricos e culturais que a rigor não limita a ação técnica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo o Movimento por Cidades Saudáveis um campo fecundo as concepções de *Qualidade de Vida e Promoção de Saúde*, estão essas inclinadas a desmistificar os padrões assistenciais relativos à medicina curativa e os princípios hegemônicos que fundamentam tais concepções. Os conceitos de Promoção de Saúde e Qualidade de vida do Movimento encontram-se num espectro de valores movidos pelos preceitos de liberdade e capacidade do ser humano em autodeterminar suas ações, para tanto, precede-se estar sob condições dignas de vida para se interagir com as elaborações propostas para seu desenvolvimento, dentre elas as praticas corporais, a cultura e a arte.

Seguramente a influência do movimento por uma cidade saudável está evidenciada nas concepções dos Programas Academia da Cidade (PAC) e Academias das Cidades

(PACID), as análises históricas e documentais aqui apresentadas é suficiente para afirmar essa correlação. No entanto, seus preceitos confirmam uma atuação especializada e assistencial.

São inestimáveis as contribuições de uma ação articulada entre o movimento Municípios Saudáveis e o Programa Academia das Cidades, sob o tripé da *Atividade Física, Promoção da Saúde e Qualidade de Vida*, cuja dimensão certamente norteará novos e velhos paradigmas. O dialogo entre as varias ciências e o aprimoramento conjunto de suas técnicas, tendem a se sobressaltar a ótica de uma correlação setorial fadada a ser superada, cabendo aos agentes promotores de saúde, enveredar pelas varias redomas onde estão postas uma lógica centrada no poder e na unilateralidade das decisões. Urgi a tarefa de desconstruir os velhos paradigmas que assolam a dignidade humana tornando factível a possibilidade de uma vida melhor.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Editora MS, 2010. 60 p. v. 7. (Série pactos pela saúde, 2006)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Cartas de promoção da saúde**. Brasília-DF, 2001. <www.saude.gov.br>

BAGRICHEVSKY, Marcos; ESTEVÃO, Adriana. **Os Sentidos da Educação Física: Apontamentos Preliminares**. Arquivo em Movimento, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 65-74, jan.-jun. 2005.

BUSS, Paulo. **Promoção da Saúde e Qualidade de Vida**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, jan.- mar. 2000.

COLETA, Marília. **Escalas para Medidas das Crenças em Saúde: Construção e Validação**. Avaliação Psicológica, 2(2), 2003, pp. 111-122. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia-MG.

CORDEIRO, Joselma. **A Promoção da Saúde e a Estratégia de Cidades Saudáveis: Um Estudo de Caso no Recife – Pernambuco**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública). 261f. Centro de Pesquisas Aggeu, Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife-PE.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à Filosofia**: Editora Ática, São Paulo, ed. 5, p. 360-362, ano 1995.

CZERESNIA, Dina. **O Conceito de Saúde e a Diferença entre Promoção e Prevenção.** In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 39-53.

GUIMARÃES, Gina. **Recife Cidade Saudável**, uma análise do perfil sócio-econômico dos inscritos no programa academia da cidade – pólo Boa Viagem. 2003. 65 f. Monografia (Especialização em Performance Humana). Escola Superior de Educação Física, Universidade de Pernambuco, Recife-PE.

MORETTI, Andrezza. et al. **Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde.** *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 346-354, abri.-Jun. 2009.

MENDES, Rosilda. **Cidades Saudáveis no Brasil e os Processos Participativos:** Os Casos de Jundiaí e Maceió. 2000. 216 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP.

NAHAS, Markus. **Atividade física saúde e qualidade de vida**, conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 4 ed. rev. e atual.. Londrina: Midiograf, 2006. 284 p.

PERNAMBUCO. Secretaria das Cidades: Programa Academia das Cidades. Recife: SECIDE, 2010. <www.academiadascidades.pe.gov.br>

RECIFE. Projeto de Lei n. 16.687/2001. Dispõe sobre o Plano Plurianual do Município para o período 2002/2005. <www.recife.pe.gov.br>

WESTPHAL, Márcia; MENDES, Rosilda. **Cidade Saudável:** uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Revista de Administração Pública*, FGV, 34(6): p. 47-61, Nov./dez. 2000.

WESTPHAL, Márcia. **O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis:** um compromisso com a qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1): p. 39-51. 2000.