

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE SAÚDE E BIOCÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

GERSON LUIS SCHWAB

**CIDADES SAUDÁVEIS, MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E
ESTOICISMO: CONTRIBUIÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO ÀS
CONDIÇÕES CRÔNICAS**

CURITIBA

2014

GERSON LUIS SCHWAB

**CIDADES SAUDÁVEIS, MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E
ESTOICISMO: CONTRIBUIÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO ÀS
CONDIÇÕES CRÔNICAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Área de Concentração em Saúde Coletiva, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés
Coorientadoras: Prof^a. Dr^a. Simone Tetu Moysés
Prof^a. Dr^a. Renata Iani Werneck
Prof^a. Dr^a. Erica Frank

CURITIBA

2014

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR Biblioteca Central

S398c
2014

Schwab, Gerson Luis
Cidades saudáveis, modelos de atenção à saúde e estoicismo :
contribuições para o enfrentamento às condições crônicas / Gerson Luis
Schwab ; orientador, Samuel Jorge Moysés ; coorientadoras, Simone Tetu
Moysés, Renata Iani Werneck, Erica Frank. – 2014.
181 f. : il. ; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba,
2014
Inclui bibliografias
Texto em português e inglês

1. Odontologia. 2. Atenção à saúde. 3. Saúde bucal. 4. Estóicos. 5. Doença
crônica. 6. Hábitos de saúde. I. Moyses, Samuel Jorge. II. Moysés, Simone
Tetu. III. Werneck, Renata Iani. IV. Frank, Erica. V. Pontifícia Universidade
Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. VI. Título.

CDD 20. ed. – 617.6

TERMO DE APROVAÇÃO



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Escola de Saúde e Biociências
Programa de Pós-Graduação em Odontologia

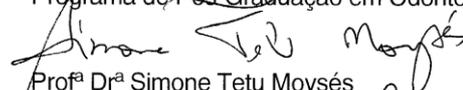
TERMO DE APROVAÇÃO

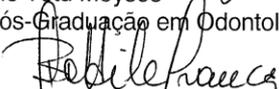
GERSON LUIS SCHWAB

CIDADES SAUDÁVEIS, MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E ESTOICISMO: CONTRIBUIÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos parciais para a obtenção do Título de **Doutor em Odontologia**, Área de Concentração em **Saúde Coletiva**.

Orientador (a): 
Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


Prof.ª Dr.ª Simone Tetu Moysés
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


Prof.ª Dr.ª Beatriz Helena Sottile França
Programa de Pós-Graduação em Bioética, PUCPR


Prof.ª Dr.ª Efigenia Ferreira e Ferreira
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFMG


Prof.ª Dr.ª Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFSC

Curitiba, 26 de fevereiro de 2014.

Para o vô Maneco, que me apresentou o “Tesouro da Juventude”, contribuindo substancialmente para a formação de meu gosto pela leitura.

Para meus pais, Lauro e Glacy, que moldaram meu caráter, ensinando-me a descobrir como a gente se transforma naquilo que a gente é.

Para Dalcy, Ruslan, Zoltan & Júlia, mais que família, sócios e companheiros de vida e de lutas.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés, orientador desta tese e mestre de muitos saberes, com quem tive a honra de partilhar essa busca do conhecimento. Com ele o exercício dialético tem sempre um sabor especial, o que muitas vezes me fazia prolongar a discussão, mesmo já tendo concordado com ele. Afinal, o papel de *advocatus diaboli* é absolutamente irresistível. Em uma avaliação mais superficial isso me fazia passar por rebelde, para dizer o mínimo.

À Prof^a. Dr^a. Simone Tetu Moysés, coorientadora desta tese e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Exemplo ímpar de pesquisadora incansável e dedicada, a quem expressei minha eterna gratidão, principalmente por convidar-me a participar do Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas (LIACC), seção substancial desta tese.

À Prof^a. Dr^a. Beatriz Helena Sottile França, musa e coorientadora desde o mestrado (e na maior parte do doutorado) que pedagogicamente me acompanhou pelos caminhos da pesquisa científica, iluminados pela centelha de vida que seus sorridentes olhos refletem.

À Prof^a. Dr^a. Renata Iani Werneck, coorientadora apenas no final do período (infelizmente), porém auxiliar valiosa na elaboração deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Sérgio Vieira, coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da PUCPR, pela condução do Programa e pelo apoio, principalmente no processo do estágio no exterior.

À Prof^a. Dr^a. Aline Cristina Batista Rodrigues Johann e ao Prof. Dr. Paulo Henrique Couto Souza, convidados internos, por aceitarem compor a banca de qualificação e pelas relevantes sugestões apresentadas, que contribuíram para o refinamento desta pesquisa.

À Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Schaeffer Ferreira de Mello, da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, e à Prof^a Dr^a Efigênia Ferreira e Ferreira, da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, convidadas externas, por aceitarem compor a banca de defesa, pelo olhar crítico e pelas relevantes contribuições.

Ao Prof. Dr. Trevor Hancock, criador do Movimento Cidades Saudáveis e principal inspirador desse trabalho, pela boa vontade e bom humor com que sempre atendeu minhas dúvidas e incertezas, fornecendo contribuições de grande relevância.

Ao Prof. Dr. Sérgio Aparecido Ignácio pela colaboração, orientação, sugestões e, principalmente, paciência no tratamento estatístico desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Eugênio Vilaça Mendes, consultor da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e condutor do LIACC.

À Prof^a. Dr^a. Solena Ziemer Kuzma e aos alunos do curso de Medicina da PUCPR pela preciosa colaboração na pesquisa de campo do LIACC.

Ao Prof. Dr. Sam Sheps, diretor da School of Population and Public Health (SPPH), da University of British Columbia (UBC), meu primeiro contato com esta instituição e que gentilmente me abriu as portas da UBC, possibilitando o doutorado sanduíche no Canadá.

À Prof^a. Dr^a. Erica Frank, coorientadora no estágio canadense, professora da SPPH da UBC, pelo irrestrito apoio e confiança. Pesquisadora com vasta carreira internacional, dona de um humor delicioso, e exemplo completo de disciplina, dedicação ao trabalho e união das Ciências da Saúde com as Ciências Humanas.

Ao Prof. Dr. Randall White, professor clínico associado na Faculty of Medicine, e diretor do Programa de Psicose do Hospital Universitário da UBC, pela atenção dispensada à minha pesquisa, atuando como coorientador. E também pela preciosa companhia em muitos concertos e por apresentar-me a Poulenc.

À equipe de trabalho na UBC (Anjali Mago, Rohan Rathnayake, Linda Wong, Kate Tairyan, Michelle Everton, Michelle Wruck, Joseph Puyat, Freydis Welland, Vahe Arakelyan e Veronic Clair) por todas as produtivas e divertidas sessões.

À Prof^a. Dr^a. Mieke Koehorn por aceitar-me para as disciplinas “Application of Epidemiological Methods” e “Surveillance and Monitoring in Public Health” na SPPH da UBC.

Ao Prof. Henry Yu, diretor do St. John’s College da UBC, meu cafofo (# 3111) durante o período canadense, a todo o staff (Ian Okabe, Alice Lam, Sandra

Shepard, Kimberley Brown, Stacy Barber e Olivia Gómez) e aos colegas de mais de cinquenta países diferentes, que compartilharam residência naquela democrática e quase sempre pacífica Babel.

À querida colega Profa. Dra. Dais Rocha, da Universidade de Brasília – UnB, que no curto período de convivência em Vancouver adicionou relevantes contribuições a esta pesquisa, estabelecendo laços para uma amizade duradoura.

Ao Prof. Dr. Pablo Montero-Souto e a toda a equipe (Miguel Pardellas Santiago, Lucía Iglesias da Cunha e Pablo Ángel Meira Cartea) do Grupo de Pedagogia Social e Educação Ambiental, da Universidade de Santiago de Compostela, Espanha, pela boa vontade, pelas referências e pelo convite para uma reunião técnica, adicionando relevantes contribuições a esta pesquisa.

À Dr^a. Laís Moreira Amarante, exemplo icônico de dedicação e seriedade profissional, com quem tive a honra de trabalhar por muitos anos.

Ao Prof. Léo Kriger, Coordenador de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, pelo exemplo, incentivo e apoio às minhas pretensões de doutorado.

Ao querido amigo, irmão e confidente José Carlos Krüger, pelo exemplo de ser humano em seu mais elevado grau, cuja presença física deixou um vazio difícil de ser preenchido.

A Neide Reis Borges e Flávia Beuting, secretárias do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná pela presteza e carinho com que sempre nos atenderam.

À Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), nas pessoas de Roberto Amatuzzi Franco, diretor da 21^a. Regional de Saúde, de Renê Santos, diretor geral da SESA, e de Michele Caputo Neto, secretário de estado da saúde, pela confiança e apoio depositados.

Aos meus colegas da 21^a. Regional de Saúde, que por diversas vezes me substituíram no desempenho de minhas funções, possibilitando-me a presença neste doutorado.

Ao farmacêutico-bioquímico Dr. Luizir José Pedroso, da 21^a. Regional de Saúde, que prontamente atendeu meu pedido de consultoria em sua área técnica, proporcionando esclarecimentos valiosos.

À Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, na pessoa de Nilza Terezinha Faoro, pela concessão de campo de pesquisa e pela disponibilização de dados do Sistema Municipal de Informações.

A Maria Christina Tanaka Arai, então autoridade sanitária da Unidade de Saúde Alvorada, piloto do LIACC, e por meio dela a todos os profissionais das Unidades Básicas de Saúde de Curitiba.

Aos meus irmãos Ângelo, Rui, Solange, Sirlei e Vercione, e a todos os parentes e amigos que me apoiaram nesta empreitada, apoiando e incentivando durante todo o processo, generosamente atribuindo-me talentos que até hoje ainda não identifiquei.

Aos colegas de doutorado (Koch, Izabel, Maria Lúcia, Lucimara, Graça, Marilisa, Mariângela, Antônio, Rafael, Edeny, Ernesto, Sandra Aguilera, Toni, Carolina, Sandra Guiotoku, Gracinda, Ana Cristina, Ana Carla, William e Pedro), pelo amigável e produtivo convívio na volta à vida acadêmica.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, e à Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, pelo incentivo financeiro.

A todos os nominados, e à legião de colaboradores que minha falha memória pode esquecer (mas a quem serei eternamente grato), o meu sincero muito obrigado.

Ando devagar porque já tive pressa,
e levo esse sorriso, porque já chorei demais.
Hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe,
só levo a certeza de que muito pouco eu sei,
ou **nada sei...**

...todo mundo ama um dia, todo mundo chora,
um dia a gente chega, no outro vai embora.

Cada um de nós compõe a sua história,
cada ser em si carrega **o dom de ser capaz**,
e ser feliz.

Almir Sater (Tocando em frente)

(grifos do doutorando, pela hermenêutica de Cittaslow, Sócrates e Cidades Saudáveis)

SUMÁRIO

1. RESUMO GERAL.....	16
2. GENERAL ABSTRACT.....	18
3. INTRODUÇÃO GERAL.....	20
4. ARTIGO 1: CIDADES SAUDÁVEIS E SUA INFLUÊNCIA NA ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	31
RESUMO.....	31
ABSTRACT.....	31
4.1 INTRODUÇÃO.....	32
4.2 MÉTODO.....	35
4.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
4.3.1 Histórico do Movimento Cidades Saudáveis.....	35
4.3.2 Os pressupostos para uma cidade tornar-se saudável.....	38
4.3.3 Características importantes de uma cidade saudável.....	39
4.3.4 Similaridades e discrepâncias entre movimentos urbanos saudáveis.....	40
4.3.5 Implicações do Movimento Cidades Saudáveis para o contexto brasileiro.....	41
4.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS.....	47
5. ARTIGO 2: COMO CIDADES SAUDÁVEIS E CITTASLOW PODEM AJUDAR PESSOAS EM CONDIÇÕES CRÔNICAS: UM ESTUDO COMPARATIVO.....	53
RESUMO.....	53
ABSTRACT.....	53
5.1 INTRODUÇÃO.....	54
5.2 MÉTODO.....	57
5.3 RESULTADOS.....	59
5.4 DISCUSSÃO E ANÁLISE.....	65
5.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS.....	72
6. ARTIGO 3: PESQUISA AVALIATIVA SOBRE INOVAÇÕES NA ATENÇÃO ÀS DOENÇAS/CONDIÇÕES CRÔNICAS EM CURITIBA, BRASIL.....	76
RESUMO.....	76
ABSTRACT.....	76
6.1 INTRODUÇÃO.....	77
6.2 MÉTODO.....	80
6.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	83
6.4 CONCLUSÕES.....	91
REFERÊNCIAS.....	92
7. ARTIGO 4: POLÍTICAS SOBRE CONDIÇÕES CRÔNICAS: SAÚDE BUCAL, UMA SENTIDA AUSÊNCIA.....	96
RESUMO.....	96
ABSTRACT.....	96
7.1 INTRODUÇÃO.....	97
7.2 MÉTODO.....	102
7.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	102
7.4 CONCLUSÕES.....	106
REFERÊNCIAS.....	107
8. ARTIGO 5: O ENFRENTAMENTO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS SOB A ÓTICA DO ESTOICISMO: LIÇÕES DE SÊNECA E EPICETETO.....	110
RESUMO.....	110
ABSTRACT.....	110
8.1 INTRODUÇÃO.....	111
8.2 MÉTODO.....	116
8.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	116
8.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
REFERÊNCIAS.....	128
9. CONCLUSÕES GERAIS.....	131
REFERÊNCIAS GERAIS.....	136
10. APÊNDICES.....	140
11. ANEXOS.....	178

LISTA DE SIGLAS E ACRÔNIMOS

ACIC = Assessment for Chronic Illness Care

ACS = Agente Comunitário de Saúde

APS = Atenção Primária em Saúde

ASL = Autoridade Sanitária Local

CAPS = Centro de Atenção Psicossocial

CC = Condições Crônicas

CEP = Comitê de Ética em Pesquisa

CES = Centro de Educação em Saúde

CITTASLOW = Cidades do Bem Viver/Cidades Lentas

CMS = Conselho Municipal de Saúde

CMUM = Centro Municipal de Urgências Médicas

CONASS = Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CONEP = Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CUCO = Cuidado Compartilhado

DAB = Departamento de Atenção Básica

DC = Doenças Crônicas

DM2 = Diabete Mellitus tipo 2

DNA = Deoxiribonucleic Acid

DOI = Digital Object Identifier

DS = Distrito Sanitário

ES = Equipe de Saúde

ESF = Estratégia Saúde da Família (antigo Programa Saúde da Família)

FDI = Fédération Dentaire Internationale/World Dental Federation

GBDP = Global Burden of Diseases Project

HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica

HIV/AIDS = Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome

IPHAN = Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional

LIACC = Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas

LILACS = Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

MACC = Modelo de Atenção às Condições Crônicas

MDG = Millennium Development Goals

MEDLINE = Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MOUNTIES = RCMP/Royal Canadian Mounted Police

MS = Ministério da Saúde

NAAPS = Núcleo de Apoio à Atenção Primária em Saúde

NCD = Non-communicable Disease

NGO = Non-governmental Organization

OMS = Organização Mundial da Saúde

OPAS = Organização Pan-Americana da Saúde

PACIC = Patient Assessment for Chronic Illness Care

PAHO = Pan American Health Organization

PAR = Participatory Action Research

PDF = Portable Document Format

PUCPR = Pontifícia Universidade Católica do Paraná

RAS = Redes de Atenção à Saúde

RS = Regional de Saúde

SAS = Secretaria de Assistência à Saúde

SCIELO = Scientific Electronic Library Online

SEABUS = Transporte Marítimo em Vancouver

SKYTRAIN = Metrô de Vancouver

SMSC = Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

SPPH = School of Population and Public Health

SUS = Sistema Único de Saúde

TCLE = Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBC = University of British Columbia

UBS = Unidade Básica de Saúde

UN = United Nations

USA = United States of America

USP = Universidade de São Paulo

WHO = World Health Organization

Escrever significa sacudir o
sentido do mundo.

Roland Barthes (1915-1980)

1. RESUMO GERAL

Saúde urbana é uma área de conhecimento plenamente consolidada mundialmente, contando com diversos programas de pós-graduação e pesquisa, com iniciativas tais como os Observatórios de Metrôpoles. Esta área guarda uma relação de interdependência com populações urbanas e permite estudar impactos diretos na saúde física e mental das pessoas. Diversos movimentos internacionais, entre eles o Cidades Saudáveis e o Cidades do Bem Viver - *Cittaslow* têm se preocupado em olhar a cidade não apenas como espaço físico, mas também como estrutura social dinâmica, em que se desenrolam intervenções dos poderes constituídos, das forças econômicas e culturais e do espontaneísmo do viver cotidiano de seus moradores. Tais movimentos visam alcançar segurança e promover saúde, principalmente por meio de parcerias e redes sociais. Esses pressupostos são fundamentais para a atenção à saúde em rede, um modelo de cuidado que possibilita atender de forma contínua e proativa, com princípios estruturantes semelhantes aos propósitos de Cidades Saudáveis e *Cittaslow*. Levando-se em consideração que a transição epidemiológica atual apresenta alta prevalência de doenças/condições crônicas, acompanhada da transição demográfica marcada pelo aumento da expectativa de vida e da transição nutricional, tal panorama conflita com sistemas de saúde desenhados para atender predominantemente condições agudas. O enfrentamento às doenças/condições crônicas, focando nos determinantes sociais a elas associados, pode se beneficiar dos princípios propostos pelos Movimentos Cidades Saudáveis e *Cittaslow*. Há evidências na literatura internacional de que o modelo de atenção à saúde em rede, incentivando e apoiando o autocuidado e as linhas de cuidado integradas, é o melhor caminho para o efetivo enfrentamento dessa situação. Esta pesquisa teve como objetivo geral estudar o Movimento Cidades Saudáveis e o *Cittaslow* conformando-os com o conceito de redes de atenção à saúde, na busca de possíveis caminhos para o enfrentamento às doenças/condições crônicas. Como objetivos específicos, a) revisar os princípios de Cidades Saudáveis e *Cittaslow* em seus respectivos contextos históricos e sociopolíticos, fixando âncoras conceituais para compreender possibilidades urbanas na formação de intervenções em rede; b) comparar as composições físicas e socioculturais em cinco cidades integrantes dos Movimentos Cidades Saudáveis/*Cittaslow* (Greve in Chianti - Itália, Cowichan Bay - Canadá, Antônio Prado - Brasil, Curitiba - Brasil, e Vancouver - Canadá) relacionando-as ao enfrentamento às doenças/condições crônicas; c) avaliar o processo de implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas em Unidades Básicas de Saúde do município de Curitiba, Brasil; d) examinar a inclusão de problemas bucais de natureza crônica na elaboração de políticas para o enfrentamento às doenças/condições crônicas; e) discutir parâmetros filosófico-doutrinários que ofereçam uma opção hermenêutica e de suporte às pessoas no enfrentamento às doenças/condições crônicas. Este foi um estudo descritivo-analítico, transversal e observacional, desenvolvido sob uma perspectiva quali-quantitativa. As diversas fases da pesquisa foram desenvolvidas em abordagens envolvendo revisões sistemáticas da literatura, trabalho em base de dados secundários, análise de discurso e de conteúdo, coleta e processamento de dados primários, e pesquisa participante de cunho etnográfico. Os principais resultados encontrados demonstraram que, nas cidades pesquisadas, tanto Cidades Saudáveis quanto *Cittaslow* buscam, dentro e fora dos serviços de saúde, soluções que levem à promoção da saúde e à melhor qualidade de vida. Ambos os movimentos propõem agentes públicos participantes, atuando na formulação de

políticas públicas e na tomada de decisões para superar os problemas urbanos que se apresentam na maioria das cidades contemporâneas. Uma análise crítica dos processos de determinação e condicionamento histórico e social demonstra que os mais fragilizados, em suas condições materiais de vida, são os mais atingidos em cidades que não praticam a produção de políticas públicas saudáveis. Eventuais insucessos estão relacionados à ausência de compromisso político por parte de atores-chave, tais como gestores que não tenham solicitado ou participado da formulação dos projetos, mas apenas permitido sua implantação, ou cidadãos apassivados diante dos problemas urbanos. Cidades saudáveis envolvem governança pública, equidade e solidariedade participativa, com um plano coesivo de ação intersetorial para enfrentar os determinantes sociais da saúde. Cidades Saudáveis e *Cittaslow* parecem aumentar a capacidade de comunidades identificarem e resolverem problemas e, provavelmente, esta capacidade popular ampliada seja um dos resultados a ser mais enfatizado. Depois de alterarem padrões de (con)vivência, as pessoas continuam a agir de forma mais saudável, desenvolvendo novas sociabilidades em uma espécie de “inconsciente coletivo”. Comportamentos mais saudáveis sugerem uma influência positiva no enfrentamento às doenças/condições crônicas, embora tenha sido impraticável no presente estudo estabelecer uma avaliação empírica de causalidade, seja pela ausência de dados quantitativos comparáveis, seja porque as cidades têm estruturas diferentes e evoluem de forma diferente. Ao invés de procurar desfechos epidemiológicos finalísticos, neste caso foi mais plausível buscar indicadores de processo, o que poderia apontar para mais sensatos indicadores intermediários de êxito para a questão central proposta, ou seja, a possível influência de Cidades Saudáveis e *Cittaslow* em cuidados em redes para doenças/condições crônicas. No estudo de caso em Curitiba, sobre a implantação de um modelo de atenção às doenças/condições crônicas, a análise de contexto e de estrutura possibilitou conhecer o espaço sociocultural em que as ações foram desenvolvidas, tanto em relação ao perfil das equipes, populações e territórios, quanto à percepção de profissionais e usuários sobre a capacidade institucional e o processo de cuidado. Profissionais e pessoas usuárias surpreenderam-se descobrindo aptidões e habilidades que até então desconheciam, entre seus pares e em si próprios. Essa conscientização de situações foi um dos principais facilitadores em todo o processo. A partir das dimensões analisadas foi possível identificar uma estreita associação entre as mudanças ocorridas pela implantação do modelo de atenção e a melhora no cuidado às doenças/condições crônicas. Algumas mudanças podem ser atribuídas à implementação de estratégias do modelo, como o cuidado compartilhado e o autocuidado, porém uma inferência de causalidade só seria possível depois de transcorrido um tempo maior e com um delineamento de estudo longitudinal e controlado. Na formulação de políticas de enfrentamento às doenças/condições crônicas percebe-se pouca atenção dispensada a problemas de saúde bucal, como a cárie dental, mesmo sendo ela a doença crônica mais prevalente em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde desempenha um inegável papel de liderança nessas políticas. Porém, dadas as intercorrências de doenças bucais crônicas, como cárie dental e doença periodontal com outras comorbidades de natureza sistêmica, são necessárias parcerias e alianças de círculos representativos da área de saúde bucal para advogar por maior atenção à área na elaboração de políticas multissetoriais de enfrentamento às doenças/condições crônicas. Outro aspecto a ser considerado é que doenças/condições crônicas requerem uma atenção diferenciada, baseada no

autocuidado, cuidado compartilhado e mudanças sustentadas de modos de vida sabidamente prejudiciais à saúde, para além dos determinantes sociais, o que faz emergir a filosofia, e em especial neste estudo a Escola Estoica. Ela disponibiliza conhecimentos que podem melhorar a disciplina e o arbítrio de sujeitos livres e autodeterminados, não como doutrina a ser imposta, mas a ser trabalhada em uma base flexível, conscientizando usuários e profissionais de saúde das responsabilidades decorrentes de suas escolhas. Com isso não pretende fazer apologia do sofrimento, tampouco estimular a eutanásia para condições extremas, mas possibilitar ao indivíduo conscientizar-se das adversidades da vida e tornar-se mais resiliente para enfrentar essas ocorrências. O ser humano deve se empoderar para agir sobre as condições que possam influenciar sua saúde, no plano coletivo, e responsabilizar-se por suas ações, no plano individual. Pessoas usuárias inscritas em programas ou linhas de cuidados específicos de doenças/condições crônicas às vezes são atendidas por profissionais de saúde tão doentes quanto elas próprias. Esses profissionais são cobrados duplamente: de um lado, por cidadãos crescentemente empoderados por novos meios de comunicação, hábeis em exigir seus direitos, porém alheios às consequências que suas escolhas impõem; por outro lado, pressionados por gestores com lógica produtivista, que sinalizam a possibilidade de sanções restritivas no mundo do trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Cidades Saudáveis. Doenças crônicas. Condições crônicas. Redes de atenção. Avaliação em saúde. Saúde Bucal

2. GENERAL ABSTRACT

Urban health is a worldwide fully consolidated area of knowledge, in many graduate and research programs, with such initiatives as Metropolis Observatories. This area has a deep interdependent relation with urban populations and allows studying direct impact on people's physical and mental health. Many movements, including the Healthy Cities and Città del Buon Vivere - Cittaslow have been keen to see the city not only as a physical space, but also as a social structure where occur residents' actions, in order to achieve safety and health, especially through partnerships and social networks. These partnership networks are critical to the shaping of health care networks, a model of care that enables to caring in a continuous and proactive way, with structured principles similar to Healthy Cities and Cittaslow. Taking into consideration that the current epidemiological landscape presents a high prevalence of chronic diseases, which still coexist with infectious diseases and external causes, health conditions of populations indicate more chronic conditions, what conflicts with health systems designed for acute conditions. The addressing of chronic conditions, focusing on social determinants associated with them, can benefit from principles proposed by the Healthy Cities Movement and Cittaslow. There is evidence in international literature that health care networks, encouraging and supporting self-care, are the best way to manage these conditions. The general objective of this research was to relate Healthy Cities Movement and Cittaslow with the concept of Health Care Networks, trying to operationalize the coping to chronic conditions. As specific objectives, a) to describe principles of Healthy Cities and Cittaslow in their historical contexts, as to guiding the formation of network interventions; b) to compare physical and social structures in five healthy cities (Greve in Chianti - Italy,

Cowichan Bay - Canada, Antônio Prado - Brazil, Curitiba - Brazil, and Vancouver - Canada) which could help in managing chronic conditions; c) to evaluate the implementation process of the Care Model for Chronic Conditions in Basic Health Units in Curitiba, Brazil; d) to search the inclusion of oral chronic diseases in the development of policies to dealing with chronic conditions; e) to establish philosophical and doctrinal parameters which could offer subsidies to support people with chronic conditions. This was a descriptive, cross-sectional and observational study in a qualitative and quantitative approach. The different stages of the research were developed in approaches involving systematic reviews of literature, works in secondary database, discourse and content analyses, collection and processing of primary data, and ethnographic participatory action research. Main results showed that both Healthy Cities and Cittaslow seek, within and outside health services, to solutions which promote health and quality of life. Both public movements propose participant agents, working in public policy formulation and decision-making to overcoming the urban problems which arise in most contemporary cities. A critical analysis of determination's processes, as well as social and historical conditioning shows that the most vulnerable, in their material conditions of life, are the most affected in cities which do not practice a production of healthy public policies. Frustrating experiences of healthy city projects, sometime after implantation, have indicated an important determinant for the failure: a lack of political commitment on the part of key players, such as managers who have not requested or participated in the formulation of projects, but only allowed its implementation, or citizens passivated before urban issues. Healthy cities involve complex heterogeneities and it is necessary to emphasize governance, equity and participatory solidarity, with a cohesive plan for intersectoral action to address social determinants of health. However, at any level, Healthy Cities and Cittaslow increase the capacity of communities to identify and solve problems, and probably this expanded capacity is the best outcome. After change their habits, people continue to act in a more healthy way, in a sort of "collective unconscious". The ability to change habits to healthier behavior suggested a causal inference that assists in dealing with chronic conditions, although it is impossible to establish a standardized assessment of causality, because cities have different structures and evolve differently. Instead of looking for outcomes it would be better to seek changes in the process, which could point to more sensible intermediate indicators of success. Regarding the evaluation of implementation of a chronic conditions' care model in Curitiba, an analysis of context and structure helped understand the socio-cultural space in which actions have been developed, as in relation to the profile of health teams, territories and populations, as well as the perception of professionals and users on institutional capacity and the process of care. Professionals and users were surprised to discover skills and abilities that hitherto unaware of, among their peers and themselves. This awareness situation has been a major facilitator in the process. From the dimensions analyzed, a close association was identified between changes in the model of care and improved care for chronic conditions. Some changes can be attributed to the model's strategies implementation, such as shared care and self-care. However, a more thorough analysis of causality would be possible only after a longer time elapsed. In the formulation of policies addressing chronic conditions, it was perceived little attention paid to dental caries, even though it is the most prevalent chronic disease in the world. The World Health Organization plays an undeniable role of leadership and efficiency in these policies. However, given the inter-related complications of chronic oral diseases such as dental caries and periodontal disease with systemic

comorbidades, particularmente doenças cardiovasculares e diabetes, parcerias de associações de saúde bucal são necessárias para advogar maior atenção à sua área em direção a políticas multi-setoriais para lidar com doenças/condições crônicas. Como as condições crônicas exigem atenção especial, baseada em autocuidado, cuidado compartilhado e mudança de estilo de vida, filosofia, e particularmente neste caso a escola estoica, fornece conhecimento que pode melhorar a disciplina e as escolhas, não como uma doutrina a ser imposta, mas a ser trabalhada de forma flexível, alertando livremente os indivíduos sobre a responsabilidade por essas escolhas. Assim, não fazer uma apologia ao sofrimento, nem encorajar a eutanásia em condições extremas, mas permitir que o indivíduo esteja consciente das dificuldades da vida, e se torne mais resiliente para enfrentar essas ocorrências. O ser humano deve ser empoderado para agir sobre as condições que podem afetar sua saúde, no nível coletivo, e ser responsável por suas ações, no nível individual. Usuários registrados em programas específicos de condições crônicas às vezes são tratados por profissionais de saúde como se fossem doentes. Esses profissionais são cobrados duas vezes: por um lado, pelos cidadãos cada vez mais empoderados pela mídia, capazes de exigir seus direitos, mas não relacionados às obrigações impostas por suas escolhas; por outro lado, pressionados por gestores com lógica de produtividade, que sinalizam a possibilidade de sanções restritivas no ambiente de trabalho.

KEYWORDS: Healthy Cities. Chronic diseases. Chronic Conditions. Care Networks. Health Evaluation. Oral Health.

3. INTRODUÇÃO GERAL

“Cidades Saudáveis” é um movimento global, apoiado por diversos atores e por instituições multilaterais, tais como a Organização Mundial da Saúde (OMS). Os protagonistas são sociedades civis e governos locais almejando a promoção de políticas saudáveis e melhoria da qualidade de vida, apoiando-se em alianças e parcerias, mediante um processo de compromisso político, mudança institucional, capacitação, planejamento estratégico e desenvolvimento de projetos inovadores. Apresenta propostas de políticas amplas e soluções intersetoriais de governança e gestão para problemas de saúde urbana e sua conexão com os serviços de atendimento à saúde dos indivíduos. Estas políticas, para serem efetivadas, devem ser legitimadas por disposições legais e orçamentárias, com correspondente participação da sociedade civil, promovendo mudanças no comportamento de instituições e de pessoas em relação aos problemas urbanos (WHO 1997, ASHTON 1992).

Em 1986, em Copenhague, por iniciativa da OMS, teve início o projeto Cidades Saudáveis, pretendendo aplicar concretamente os conceitos de promoção da saúde em cidades europeias. Em abril do mesmo ano, em Lisboa, o Simpósio

Cidades Saudáveis contou com 56 participantes de 21 cidades e 17 países. Foram selecionadas 11 cidades para participar do projeto, que se popularizou de tal forma que levou à seleção de outras 14. Em 1988 houve um encontro de redes nacionais em Helsinque com dez nações participantes, inclusive duas de fora da Europa – Austrália e Canadá. O projeto foi eleito para ser um dos quatro subtemas da Assembleia Mundial de Discussões Técnicas em Saúde, ainda em 1991, quando já contava com 35 cidades. Nesta conferência discutiu-se o potencial do conceito de cidade saudável com delegados de países em desenvolvimento da América Latina, Ásia e África. Em junho de 1992 realizou-se o 7º Simpósio Anual da Cidade Saudável, novamente em Copenhagen. Houve adesão de 465 delegados de 92 cidades de 30 países. Este simpósio marcou o fim da primeira fase do Projeto Europeu das Cidades Saudáveis, que apresentava para este continente 35 projetos em cidades isoladas, 18 redes nacionais com 400 cidades participantes, bem como centenas de outras cidades na América do Norte e Austrália (HANCOCK 1993).

No mesmo ano de 1986 surgiu outro movimento internacional, harmonizado e convergente aos fundamentos de Cidades Saudáveis: o *Slow Down* ou “*Philoslowosophy*”. E em 1999, com base no conceito *Slow Down*, a pequena cidade italiana de Greve in Chianti deflagrou o Movimento Cittaslow, *Città Del Buon Vivere* ou Cidades do Bem Viver. Proposto para cidades de porte populacional pequeno, e tendo como fundamento a melhoria da qualidade de vida, o Cittaslow busca proporcionar informações, recursos, serviços e oportunidades para pessoas conectadas em redes de cidades afins. Usa como método a educação de indivíduos e famílias para integrarem um modo de vida sustentável, com as mudanças acontecendo na base da comunidade (SLOW MOVEMENT 2011).

A pauta permanente de discussões e decisões comunitárias do Cittaslow inclui temas como estilo de vida, alimentação saudável consumida em ritmos naturais (*slow food* contra o *fast food*), produtos não tóxicos, relações sociais solidárias, meio ambiente preservado, dentre outros. Inclui diferentes formas de desenvolvimento da solidariedade comunitária e a ecogastronomia como prática diária. Sob o lema extraído de um provérbio latino, *Festina lente* (Apressa-te devagar), propõe recuperar um tempo onde o homem era o protagonista da lenta e saudável sucessão das estações. Incentiva a retomada de laços familiares e sociais em rede, usando o melhor do passado para aproveitar e melhorar o presente e o

futuro. Com este foco ampliado afirma que o viver sustentável leva a um estilo de vida em plenitude física e espiritual (DE MASI 2000, SLOW MOVEMENT 2011, CITTASLOW 2011).

Tais movimentos e iniciativas são formas de resposta ao desafio do acelerado processo de globalização, que tem produzido, socialmente, agravos ambientais emergentes e um enorme passivo epidemiológico, resultado de diversas situações: econômicas, de acesso e de baixa resolutividade, entre outras. Mudanças do meio ambiente acontecem por diversos motivos, porém o fenômeno da urbanização, que acontece em escala mundial, contribui decisivamente para isso. As respostas para este complexo cenário se encontram mais nas ações corajosas sobre macrodeterminantes econômicos, políticos, sociais e culturais do que isoladamente dentro do setor saúde, exigindo intervenções multissetoriais traduzidas em políticas públicas favoráveis à saúde. Explicitamente, buscar ligar a saúde humana à saúde urbana do ecossistema, destacando-se o reequilíbrio ambiental e melhor qualidade de vida (FERRAZ 1993, BARTON et al 2003, HANCOCK 2007).

Qualidade de vida é como o indivíduo se percebe diante da vida e no contexto da cultura e valores onde vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Pode-se dizer que é uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos e objetivos, referenciados pela satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pela sociedade. A área da saúde tem estreitado o conceito de qualidade de vida ao campo biomédico, vinculando-o à avaliação econômica. Como contraponto, a proposta de promoção da saúde tem sido a mais relevante estratégia para evitar o reducionismo médico e realizar um diálogo intersetorial. Qualidade de vida em saúde focaliza na capacidade de buscar viver sem doenças ou de superar as dificuldades das condições de morbidade. Os determinantes extrassetoriais à saúde são, em grande parte, os mais relevantes para a qualidade de vida, diretamente relacionada ao padrão que a sociedade define. Também está relacionada ao conjunto de políticas públicas e sociais, que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida. Cabe ao setor saúde parcela significativa na formulação e responsabilidade dessas políticas (WHO 1996, MINAYO et al 2000).

O conceito qualidade de vida tem sido amplamente pesquisado e utilizado nas práticas sanitárias. Pesquisas teórico-metodológicas têm contribuído para esclarecer e amadurecer o conceito, transformando-o em um construto interdisciplinar, valorizado pela contribuição de diferentes áreas de conhecimento para um aprimoramento conceitual e metodológico. A utilização desse construto pode contribuir para a superação de modelos de atenção eminentemente biomédicos, que negligenciam aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais. Entre os componentes da qualidade de vida, um bom relacionamento familiar é citado recorrentemente como principal parâmetro de bem-estar, seguido da promoção da saúde, que está diretamente relacionada às condições de trabalho, moradia e lazer, embora o lazer seja considerado em segundo plano, protelado para a aposentadoria. Laços comunitários e religião parecem adicionar qualidade à vida, auxiliando no processo de envelhecimento e morte, que é encarado com mais naturalidade pelos idosos. A falta de perspectiva de participação social na comunidade é o que mais incomoda essa parcela da população. Os profissionais de saúde devem empenhar-se em identificar os aspectos que influenciam negativamente na determinação da qualidade de vida, cuja percepção varia com o tempo, com as prioridades ao longo da vida e com as modificações desta com o tempo, constituindo-se em um processo multifatorial e multidimensional (SEIDL 2004, FALLER 2010, FRANÇA 2012).

Atualmente o processo saúde-doença em populações de várias regiões do globo apresenta um panorama epidemiológico que revela uma incidência crescente das doenças/condições crônicas (D/CC), determinada por contínuas mudanças demográficas, padrões de consumo, estilos de vida, e pela acelerada urbanização. De forma geral a taxa de fecundidade diminui, a população envelhece e a expectativa de vida aumenta. Essas determinações redefinem o espectro de questões a serem enfrentadas, que vão além das doenças crônicas, pois incluem outras condições de natureza crônica: doenças infecciosas persistentes, de longa duração, tais como hanseníase, tuberculose, HIV/AIDS, hepatites virais; condições ligadas à maternidade e ao período perinatal, com acompanhamento das gestantes e atenção ao parto, às puérperas e aos recém-natos; condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida, tais como puericultura, hebicultura e monitoramento da capacidade funcional dos idosos; distúrbios mentais de longo

prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas, como amputações, cegueira, deficiências motoras persistentes; doenças metabólicas; e a grande maioria das doenças bucais, como cárie dental - a doença crônica mais prevalente em todo o mundo - e doença periodontal (MENDES 2011).

Em um futuro muito próximo os efeitos inter-relacionados destas doenças, com as limitações e sequelas que deixam, devem gerar imensos custos para os governos, devido aos gastos com tratamento para a população e às perdas de produção. As doenças crônicas são responsáveis por 63% do total de mortes em todo o mundo, e 75% nas Américas, sendo que 80% destas mortes ocorrem em países com baixa e média renda. Cerca de um quarto das mortes relacionadas às D/CC em todo o mundo ocorrem em pessoas com menos de 60 anos. No Brasil, em 2008, as D/CC foram responsáveis por mais de 60% dos óbitos por causa conhecida e por mais de 70% dos gastos assistenciais em saúde. No entanto, muitos fatores de risco para essas condições são modificáveis, o que as torna evitáveis ou com alta probabilidade de controle. Isto pode ser conseguido por promoção da saúde e prevenção primária, com a provisão de cuidados adequados à saúde (BRASIL-MS/SAS/DAB 2011, WHO 2001).

Pessoas acima de 60 anos atualmente perfazem 10% da população da América Latina e Caribe, um número que deve subir para 25% até 2050. Embora o aumento das D/CC seja esperado em países com crescente número de idosos, o atual ritmo e escala de ocorrência não pode ser atribuído somente ao envelhecimento. Mudanças significativas no estilo de vida são hoje importantes determinantes de risco e de doenças em todas as idades. Industrialização e urbanização, em padrões de baixa sustentabilidade, são gatilhos primários para o aparecimento de riscos coletivos, bem como a globalização de produtos e padrões de consumo, que exercem excessiva pressão ambiental (material e energética) e desgaste social, com uma pegada ecológica de grande impacto. Essa pegada ecológica representa as marcas que deixamos na natureza, bem como a área do planeta que necessitamos para manter nosso estilo de vida. Ela vem sendo utilizada como indicador de sustentabilidade ambiental, e em geral é maior em uma população tecnologicamente avançada do que em uma população subdesenvolvida (REES 2002, PAHO 2011, WHO 2011).

Em populações vulneráveis a doença é frequentemente detectada tardiamente, com as pessoas usuárias de serviços de saúde necessitando sempre de cuidados para eventos agudos, que também frequentemente são inacessíveis devido à fragilidade dos sistemas de saúde ou pelo alto custo a ser pago. Essas diferentes situações existem tanto entre países quanto dentro de um mesmo país. Por outro lado, embora as doenças/condições crônicas não sejam transmissíveis, os fatores de risco que as causam são “transmitidos” por meio de códigos e signos socialmente opressivos: álcool, tabaco e outras drogas; alimentação inadequada; mobilidade urbana insustentável; consumismo compulsivo; aceleração estressora de ritmos de vida. Na maioria das vezes são conjuntos ideológicos e comportamentais absorvidos nas dinâmicas de sociabilidade cotidiana, com os veículos de comunicação (propaganda/marketing) operando subliminarmente pelo poder de persuasão. É claro que também existem conjuntos ideológicos e comportamentais benéficos que são transmitidos da mesma forma, e esse “contágio” se espalha mundialmente em proporções epidêmicas, para o bem e para o mal (BARTHES 2006, WHO 2011).

O Brasil, de forma semelhante a outros países, passa por uma acelerada transição demográfica, com aumento da expectativa de vida e uma transição epidemiológica que acentua a ocorrência de doenças/condições crônicas. Em decorrência dessas transições o país ainda convive com uma tripla carga: doenças infecciosas e parasitárias, doenças crônicas, e condições crônicas oriundas de causas externas. É necessário recompor a coerência dessa situação epidemiológica com uma resposta social estruturada em sistemas integrados de atenção à saúde, com objetivos comuns e atendimento contínuo e integral. Este imperativo muito se assemelha aos princípios de Cidades Saudáveis e *Cittaslow*, o que favorece a adesão de municípios brasileiros a estes movimentos (RADSTRON 2011, MENDES 2011).

As cidades que se integram aos Movimentos Cidades Saudáveis e *Cittaslow* desenvolvem políticas e perseguem práticas com algumas características em comum. Respeitadas as diferenças demográficas, sociais e culturais é possível citar: ambiente físico limpo, seguro e de qualidade, incluindo moradia; ecossistema que seja estável e sustentável em longo prazo; comunidade forte, mutuamente apoiada e não exploradora; alto grau de participação dos cidadãos e controle público;

atendimento de necessidades básicas para todos; acesso a experiências e recursos, com possibilidade de interações e comunicação; economia vital, diversificada e inovadora; resgate do passado, da herança cultural e biológica dos moradores; formas de vida compatíveis com as características precedentes e que as melhorem; saúde pública apropriada, com serviços de cuidados acessíveis a todos; alto nível de saúde positiva e baixo nível de doenças (ANDRADE e BARRETO 2002, HANCOCK e GROFF 2000, PERÚ 2006).

A literatura mostra que projetos de cidades saudáveis não evoluem de forma automática ou contínua. São experimentações sociais e, algumas vezes, desenvolvem-se rapidamente; em outras acontecem lentamente, pois as condições são complexas e contraditórias. Cada projeto deve encontrar seu próprio caminho no mosaico de contextos e circunstâncias com que trabalha. Cidade saudável não é apenas um resultado final, mas principalmente um processo dinâmico que deve ser pensado como a construção da saúde urbana, por meio de sensibilização da consciência social, e não como um estatuto urbano a ser prescrito. Depende principalmente de comprometimento político e participação social na conformação de estruturas sociais, para que possam, de maneira proativa, colaborar para o enfrentamento às condições crônicas (MOYSÉS 2000, WHO 2001, MONTERO-SOUTO 2012).

O processo de desenvolvimento de uma cidade saudável envolve a qualidade do cuidado e atenção à saúde, baseada na formação dos profissionais. Embora as Ciências Sociais e Humanas estejam consoantes com as novas exigências do conhecimento em saúde, considerando a complexidade da vida humana e tendo a interdisciplinaridade e intersetorialidade como caminhos para sua compreensão, os profissionais da saúde ainda se ressentem das disciplinas humanas em sua formação acadêmica. No modelo de redes de atenção às condições crônicas, as pessoas usuárias devem ser atendidas por equipes multidisciplinares, de forma intersetorial e com conhecimentos abrangentes (NUNES 2003, MENDES 2011).

A crítica anterior, sobre o reducionismo corporativo na saúde e as dificuldades para o trabalho intersetorial se aplica à Odontologia e aos profissionais desta área. Como já foi dito anteriormente a cárie dental é uma doença crônica muito prevalente, afetando mais de 90% das pessoas em todo o mundo. Todas as outras doenças

buciais, incluindo câncer bucal e doença periodontal, têm impactos significativos na saúde geral, no bem estar e na produtividade das pessoas. Doenças crônicas e doenças bucais compartilham fatores de risco em comum. A boca pode apresentar manifestações de doenças sistêmicas, bem como doenças bucais podem manifestar-se de forma sistêmica. Políticas de saúde voltadas para fatores de risco de doenças bucais, como consumo de açúcar, tabaco e álcool também são voltadas para fatores de risco associados a doenças cardiovasculares, câncer, insuficiência respiratória aguda e diabetes (COHEN et al 2012). Obviamente, tais constatações impõem uma mudança de paradigma na área e exigem uma abordagem abrangente.

Dada a pouca frequência com que as doenças bucais crônicas são consideradas em políticas públicas de saúde, em outubro de 2012 a Fédération Dentaire Internationale - FDI conclamou as associações de saúde bucal dos países membros para que entrassem em contato com os ministros da saúde de seus países. O motivo era para advogar por maior participação dessas associações, com a finalidade de garantir medidas concretas que integrassem a saúde bucal às estratégias elaboradas pela OMS, voltadas para o enfrentamento às condições crônicas. Por seu lado a FDI apresentou proposições detalhadas para essas estratégias, afirmando que sem planejamento e políticas para “maximizar oportunidades e efetividades voltadas para o benefício mútuo” a saúde bucal estaria relegada ao território das boas intenções, ao invés de participar com ações consistentes. Porém, a FDI fez questão de reiterar o reconhecimento do papel de liderança que a OMS vem desempenhando na elaboração de políticas de saúde (FDI 2012).

Finalmente, outra ênfase que parece pertinente para a problematização desenvolvida até aqui coloca em destaque a abordagem filosófica dos problemas citados. Partindo dos princípios de que a Filosofia deve contribuir para formar cidadãos mais responsáveis; de que estabelecemos uma relação com pessoas em busca de uma vida com qualidade; de que há uma necessidade central que é manter a saúde e o bem-estar; de que buscamos compreender esse processo vital (saúde-doença) e de como podemos ajudar quando isto for necessário, podemos afirmar que esses aspectos e a Filosofia fazem parte de nossa ação e compromisso social e profissional. Embora haja controvérsias sobre o modo de fazer, torna-se imperativo uma composição de saberes que estejam disponíveis aos necessitados de atenção

em saúde e aos profissionais que os atendem (NUNES 2003, LEOPARDI 2013, SÊNECA 2013).

Com base nesses pressupostos, esta pesquisa buscou relacionar o Movimento Cidades Saudáveis e Cittaslow com o conceito de Redes de Atenção à Saúde, visando operacionalizar o enfrentamento às doenças/condições crônicas. Particularmente, objetivou-se: revisar os princípios de Cidades Saudáveis e Cittaslow em seus respectivos contextos históricos e sociopolíticos, fixando âncoras conceituais para compreender possibilidades urbanas na formação de intervenções em rede, resultando no artigo 1; comparar as composições físicas e socioculturais em cinco cidades integrantes dos Movimentos Cidades Saudáveis e Cittaslow (Greve in Chianti - Itália, Cowichan Bay - Canadá, Antônio Prado - Brasil, Curitiba - Brasil, e Vancouver - Canadá), relacionando-as ao enfrentamento a doenças/condições crônicas, que resultou no artigo 2; avaliar o processo de implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas em Unidades Básicas de Saúde do município de Curitiba, Brasil, apresentado no artigo 3; examinar a frequência da inclusão de problemas bucais de natureza crônica na elaboração de políticas para o enfrentamento às doenças/condições crônicas, desenvolvido no artigo 4; discutir parâmetros filosófico-doutrinários que ofereçam uma opção hermenêutica e de suporte às pessoas no enfrentamento às doenças/condições crônicas, operacionalizado no artigo 5.

Além desses 5 artigos esta tese produziu quatro capítulos de dois livros, já publicados, cujos títulos e links de acesso são apresentados nos apêndices.

O primeiro capítulo descreve o processo de validação transcultural dos instrumentos *Assessment for Chronic Illness Care* (ACIC) e *Patient Assessment for Chronic Illness Care* (PACIC), utilizados para avaliação da percepção das equipes de saúde e das pessoas usuárias sobre a atenção às doenças/condições crônicas.

O segundo capítulo avalia a percepção das equipes de saúde e de pessoas usuárias sobre o processo de intervenção na UBS Alvorada, integrante da rede de APS em Curitiba, Brasil.

O terceiro capítulo é um estudo de caso e analisa o processo de implantação do Laboratório de Inovações sobre Atenção às Condições Crônicas (LIACC) na

referida UBS Alvorada, relatando lições aprendidas e descobertas, em uma avaliação de processo.

O quarto capítulo avalia a implantação do MACC em treze UBS de Curitiba, tomando como referência dados de linha de base, de processo e de resultados, em um desenho metodológico *ex-ante* e *ex-post* (ou seja, tanto no aspecto da reformulação de serviços de APS já existente e sua abordagem prospectiva, hipotetizando possibilidades de melhoria sob a influência do MACC, quanto pela identificação de mudanças reais, com a observação direta dos participantes do novo modelo em comparação com um grupo controle).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná em 09-11-2011 (parecer 5498/11) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba em 15-02-2012 (protocolo 104/2011). Em todas as ocasiões em que a coleta de dados envolvia pessoas houve prévia assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A capacidade de escrever e de se expressar criticamente será, no futuro, tão ou mais importante que o conhecimento científico.

Alvin Toffler (n. 1928)

4. ARTIGO 1

(Artigo submetido à Revista Portuguesa de Saúde Pública em 26-12-2013).

CIDADES SAUDÁVEIS E SUA INFLUÊNCIA NA ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

HEALTHY CITIES AND THEIR INFLUENCE ON THE DEVELOPMENT OF PUBLIC HEALTH POLICIES

RESUMO

Cidades Saudáveis é um conjunto de políticas e práticas que permite ajudar cidadãos a melhorarem o controle sobre sua saúde, enfatizando o ambiente urbano e condições de trabalho e lazer. Propõe um sistema social estável e recursos sustentáveis como pré-requisitos de saúde. Em muitos países a urbanização é caracterizada por uma ocupação caótica do espaço, gerando uma infraestrutura deficiente que influencia negativamente vários determinantes sociais da saúde. A solução para este quadro está mais em ações intersetoriais traduzidas em políticas públicas favoráveis à saúde do que no interior do setor saúde. Trata-se de uma revisão crítica integrativa da literatura, com busca nas bases MEDLINE, SciELO, Biblioteca Cochrane e LILACS, utilizando-se os descritores “Cidade Saudável, Promoção da Saúde, Políticas Públicas de Saúde”, isoladamente e em pares, em publicações entre os anos de 2001 a 2011. Este artigo discorre sobre o Movimento Cidades Saudáveis, seu contexto histórico, bases epistemológicas e filosofias correlatas, e sua influência na elaboração de políticas públicas de saúde. Busca-se também verificar as condições práticas de sua aplicação em sistemas de saúde, evidenciando o contexto brasileiro no desenvolvimento de redes intersetoriais de promoção e de atenção à saúde, com maior participação social e melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas.

PALAVRAS-CHAVE: Cidades Saudáveis. Promoção da Saúde. Políticas Públicas de Saúde. Participação Social.

ABSTRACT

Healthy City is a set of policies and practices that enable helping people to improve their health, emphasizing urban environment, conditions of work and leisure. It proposes a stable social system and sustainable resources as prerequisites of health. In many countries urbanization is characterized by a chaotic space occupation, generating a poor infrastructure that adversely affects various social determinants of health. The solution to this context is much more in intersectoral actions translated into public policies favorable to health than within the health services sector. This is a critical integrative review of the literature, searching the keywords "Healthy City, Health Promotion, Health Public Policy", alone and in pairs, in publications between the years 2001-2011 on MEDLINE, SciELO, LILACS and Cochrane Library bases. This article discusses the Healthy Cities Movement, its historical and epistemological contexts, its connections to related philosophies, and their influence on the development of public health policies. It also searches to verify the practical conditions for Healthy Cities application in health care systems, highlighting the Brazilian context, the development of intersectoral networks of health

promotion and care, with increasing social participation and improving quality of life and people's health.

KEYWORDS: Healthy Cities. Health Promotion. Public Health Policies. Social Participation.

4.1 INTRODUÇÃO

Cidades Saudáveis é um movimento global, apoiado por diversos atores e por instituições multilaterais, tais como a Organização Mundial da Saúde (OMS). Os protagonistas são sociedades civis e governos locais, almejando o desenvolvimento da saúde baseado em alianças e parcerias, mediante um processo de compromisso político, mudança institucional, capacitação, planejamento estratégico e desenvolvimento de projetos inovadores. Apresenta propostas de políticas amplas e soluções intersetoriais de governança e gestão para problemas de saúde urbana. Estas políticas, para serem efetivadas, devem ser legitimadas por disposições legais e orçamentárias, com correspondente participação da sociedade civil, promovendo mudanças no comportamento de instituições e dos sujeitos em relação a problemas urbanos (1-2).

Em 1986, em Copenhague, por iniciativa da OMS, foi lançado o projeto Cidades Saudáveis e em 1992 realizou-se o 7º Simpósio Anual da Cidade Saudável, novamente em Copenhague. Houve adesão de 465 delegados de 92 cidades de 30 países, e este simpósio marcou o fim da primeira fase do Projeto Europeu das Cidades Saudáveis. Atualmente, um significativo número de cidades ao redor do mundo está se constituindo em redes cooperativas, irmanadas sob os princípios de Cidades Saudáveis ou movimentos correlatos (3-4).

Também em 1986 surgiu outro movimento internacional, harmonizado e convergente aos fundamentos de Cidades Saudáveis: o *Slow Down* ou "*Philoslowosophy*". E em 1999, baseada no conceito *Slow Down*, a pequena cidade italiana de Greve in Chianti deflagrou o Movimento Cittaslow, *Città Del Buon Vivere* ou Cidades do Bem Viver. Proposto para cidades de porte populacional pequeno, e tendo como fundamento a melhoria da qualidade de vida, o Cittaslow busca proporcionar informações, recursos, serviços e oportunidades para as pessoas, conectadas em redes de cidades afins. Usa como método a educação de indivíduos

e famílias para integrarem um modo de vida sustentável, com as mudanças acontecendo na base da comunidade (5).

Um aspecto crucial no estudo de problemas urbanos complexos é a abordagem crítica dos processos de determinação social de tais problemas, dentre os quais as iniquidades sociais refletidas em gradientes (ou diferenciais) de saúde-doença. Iniquidades são observáveis em variados contextos históricos e sociais, afetando significativamente as gerações contemporâneas. Na ausência de tal mirada crítica não é possível entender os processos de produção e reprodução dos espaços urbanos, seus conflitos, suas contradições e, conseqüentemente, sua influência no processo saúde-doença (6-7).

A pauta permanente de discussões e decisões comunitárias do Cittaslow inclui temas como estilo de vida, alimentação saudável consumida em ritmos naturais (*slow food* contra o *fast food*), produtos não tóxicos, relações sociais solidárias, meio ambiente preservado, dentre outros. Inclui diferentes formas de desenvolvimento da solidariedade comunitária e a ecogastronomia como prática diária. Sob o lema extraído de um antigo provérbio latino, *Festina lente* (Apressa-te devagar), propõe recuperar um tempo onde o homem era o protagonista da lenta e saudável sucessão das estações. Incentiva a retomada de laços familiares e sociais em rede, usando o melhor do passado para aproveitar e melhorar o presente e o futuro. Com este foco ampliado, afirma que o viver sustentável leva a um estilo de vida com plenitude física e espiritual (7-8).

Tais movimentos e iniciativas são formas de resposta ao desafio do acelerado processo de globalização, que socialmente tem produzido um enorme passivo epidemiológico, às vezes em uma tripla carga de doenças, e agravos ambientais emergentes. Esta situação é agravada por sinais de que as pessoas, em muitas comunidades, tendencialmente participam de modo errático das decisões coletivas, por inúmeras razões, inclusive as relacionadas à compressão do tempo diário disponível, agendas de trabalho extenuantes, mobilidade urbana dificultada, demandas familiares e sociais constantes, ou poucos canais de participação/deliberação efetiva (9).

Ao estresse urbano crônico soma-se a falta de vinculação e adesão aos regimes preventivos ou terapêuticos prescritos por profissionais de saúde,

constituindo um grave problema para os sistemas de saúde. A “aldeia”, embora global, deve ser repensada em novos modos de andar a vida e gerir o bem comum, respeitando-se e valorizando-se as características locais dos espaços onde se produz e reproduz a vida, para enfrentar com sustentabilidade os problemas de saúde comuns à era pós-industrial (10-11). De acordo com a Comissão Brundtland (12), o desenvolvimento sustentável é a capacidade de responder às necessidades do presente sem colocar em risco a possibilidade de as futuras gerações satisfazerem suas próprias necessidades. Explicitamente, buscar ligar a saúde humana à saúde urbana do ecossistema, destacando-se o reequilíbrio ambiental (13).

Mudanças do meio ambiente acontecem por diversos motivos, porém o fenômeno da urbanização, que acontece em escala mundial, contribui decisivamente para isso. Nos países do hemisfério sul a urbanização manifesta-se de maneira ainda mais perversa, com uma ocupação iníqua do espaço urbano, acompanhada de miséria existencial e pobreza material para largos contingentes populacionais. As soluções para este grave cenário se encontram mais nas ações corajosas sobre macrodeterminantes econômicos, políticos, sociais e culturais, que exigem intervenções intersetoriais traduzidas em políticas públicas favoráveis à saúde (14-15).

Diversas cidades que aderiram ao Movimento Cidades Saudáveis e Cittaslow foram capazes de mudar, ao menos em parte, padrões predatórios anteriormente existentes de produção e acumulação de capital em detrimento da qualidade de vida. Há relatos de experiências exitosas não só na redução de doenças e de mortalidade, mas também em outros desfechos, incluindo uma maior participação social dos cidadãos. Há uma melhoria de qualidade de vida, pessoas participam ativamente na formulação de políticas públicas de saúde, em Conferências e Conselhos locais, com maior eficácia do investimento público em saúde e impactos socioepidemiológicos aumentados (16-19).

Este estudo propõe descrever a evolução do Movimento Cidades Saudáveis e Cittaslow em seus contextos históricos e filosofias correlatas, bem como sua influência na formulação de políticas de saúde em algumas cidades brasileiras.

4.2 MÉTODO

Foi realizada uma revisão integrativa de trabalhos publicados, abordando o Movimento Cidades Saudáveis e iniciativas internacionais correlatas. Essas publicações foram compiladas e integradas por meio de análise comparativa qualitativa e análise de conteúdo. Ao final busca-se apresentar as conclusões como uma metassíntese qualitativa. A busca de estudos primários realizou-se nas bases MEDLINE, SciELO, Biblioteca Cochrane e LILACS. Nestas bases, procedeu-se à busca em todos os índices e todas as fontes, utilizando os descritores “Cidade Saudável *and* Promoção da Saúde”, com seus equivalentes em inglês e espanhol. Isto resultou em 354 publicações. Com “Cidade Saudável” como assunto principal permaneceram 331 publicações. Filtrando pelo ano de publicação (2001 a 2011) restaram 193 artigos que, após análise dos títulos, que contivessem algum dos descritores, passaram a 117; descartados 48 por duplicidade restaram 69. Alterando-se os descritores para “Cidade Saudável *and* Políticas Públicas de Saúde” foram encontrados mais dez estudos novos, compondo uma amostra final de 79 publicações.

4.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.3.1 Histórico do Movimento Cidades Saudáveis

A saúde das cidades tem merecido especial atenção desde o período clássico grego, passando pelas cidades-estados renascentistas e sendo retomada nos séculos XIX e XX. Desde a antiguidade já se percebia uma relação direta entre saúde e as condições de vida das pessoas, sendo tais condições modernamente (re)conhecidas como fatores importantes na determinação social do processo saúde-doença. As *poleis* gregas foram as primeiras a se beneficiarem desse conhecimento, aplicando conceitos de urbanismo e saneamento em seus agregados urbanos. No século III a.C. Zenon de Cítium ensinava o Estoicismo, filosofia que pregava austeridade, disciplina, autocuidado e alimentação balanceada, de acordo com a lei racional da Natureza. Essa corrente filosófica seria retomada no século I d.C. por Sêneca e Epicteto. Era a contrapartida do homem para alcançar um equilíbrio com o meio ambiente. Contudo, também nas *poleis* gregas, a divisão social em classes privilegiava uma minoria de cidadãos (20).

Muitos desses conceitos da antiguidade clássica foram paulatinamente esquecidos durante a Idade Média, e as doenças e epidemias, sob o marco explicativo do “contágio”, passaram a atingir pobres e ricos, embora, mais uma vez, encobrendo-se as relações sociais marcadas por exploração e iniquidades entre senhores e vassallos, nobres proprietários feudais e seus súditos (21-22).

No Renascimento foram retomados alguns princípios de planejamento visando à urbanização menos insalubre, e novamente percebeu-se que alimentação, moradia, trabalho, lazer e saneamento básico tinham impacto direto sobre a saúde-doença. Posteriormente, ao longo do século XIX e início do XX muitas cidades sofriam as consequências da revolução industrial e do modo de produção capitalista, não apenas pela pobreza de amplos segmentos da classe trabalhadora, mas também pelo avanço imobiliário especulativo e a acumulação de capital, potencializados no espaço urbano. Edwin Chadwick, na Inglaterra de 1843, examinando a saúde dos trabalhadores pobres reconhecia o potencial revolucionário das condições miseráveis de trabalho e moradia desses trabalhadores. Ele buscou estabelecer medidas de saúde pública, como moradias adequadas, redes de esgoto, normas de higiene e abastecimento público de água, envolvendo o planejamento de cidades, com um efeito dramático na saúde pública (23-24).

Em 1875, ainda na Inglaterra, Benjamin Ward Richardson, discípulo de Chadwick, apresentou um projeto de Cidade Saudável chamada Hygeia (deusa grega da saúde): uma comunidade mantida pelo exercício da livre vontade de seus cidadãos, guiada pelo conhecimento científico, para alcançar resultados sanitários perfeitos, com a mais baixa mortalidade e maior longevidade possível (24).

A transição entre os séculos XIX e XX é também a época em que várias cidades do mundo, incluindo as das Américas, sofriam graves problemas sanitários. Epidemias de tifo, febre amarela e gripe dizimavam milhares de pessoas, começando nas camadas mais pobres e propagando-se por toda a população. O exemplo do Rio de Janeiro, no início do século XX, é emblemático: a epidemia de febre amarela só foi debelada com medidas radicais e compulsórias de higiene, vacinações em massa, saneamento e reordenamento urbano. Esta batalha contra a febre amarela baseou-se nos conceitos clássicos que ligavam a saúde da população

às condições de vida das pessoas e das cidades, discussão que seria retomada e atualizada pela OMS na década de 1980 (25).

No final do século XIX Ebenezer Howard desenvolveu o conceito de Cidade Jardim. No início da década de 1900 o biólogo Patrick Geddes propôs uma cidade regional, com planejamento local, em resposta às congestionadas megalópoles já existentes em sua época. Em 1920 as teorias de Lewis Mumford validaram o trabalho de Geddes, destacando o importante papel que as cidades têm na vida social das pessoas (24).

Entre 1909 e 1919 o governo do Canadá expandiu o propósito de conservação do meio ambiente, destacando dois conjuntos de fatores envolvidos na conservação: os físicos, relativos à conservação de recursos naturais; e os vitais, relacionados à saúde. No Canadá, o planejamento urbano tem suas raízes na saúde pública e o desejo de conservar tanto os recursos naturais quanto os vitais. De 1919 a 1945 Charles Hastings concentrou esforços em medidas sanitárias, como pasteurização de leite, cloração de água e esgotos, o que levou Toronto a tornar-se a mais saudável das grandes cidades. Com Hastings o Departamento de Saúde Pública tornou-se um dos mais respeitados do mundo, supervisionando higiene nas indústrias, bem-estar social, moradias, saúde escolar e equipes municipais. Com ele o departamento aumentou dez vezes de tamanho, as equipes de enfermagem passaram de duas para 110 e os resultados foram impressionantes: a taxa de mortalidade por febre tifoide caiu 90% entre 1910 e 1915; o último caso de varíola ocorreu em 1932 e a última morte por difteria em 1934 (24).

É notável que muitos destes fatores ainda hoje sejam relevantes, e apontem diretamente para o conceito de promoção da saúde, ou seja, focar nos determinantes sociais para auxiliar o cidadão a desenvolver seu pleno potencial, com um reflexo direto na qualidade de vida e saúde do indivíduo (20, 26). Sobre esses fundamentos históricos foi criado o Movimento Cidades Saudáveis, em 1986. A cidade é vista como um complexo organismo que vive, respira, cresce e muda constantemente, fundamentada em compromisso político, formulação de planos de saúde intersetoriais com forte componente ambiental e recursos garantidos para implantá-los (1, 18, 23-24, 27).

Em 1986, em Copenhague, teve início o projeto Cidades Saudáveis, patrocinado pela OMS. Em 1988 houve um encontro de redes nacionais em Helsinque com dez nações participantes, inclusive duas de fora da Europa, Austrália e Canadá (23).

Desde então e ao longo das próximas décadas, muitas iniciativas locais, nacionais e globais têm surgido, visando melhorar a qualidade de vida e promover a saúde, assumindo pressupostos amplos como, por exemplo, a determinação social da saúde, a denúncia e enfrentamento das iniquidades sociais e a clara nomeação de seus perpetradores, a formulação de políticas públicas saudáveis, bem como a ideia de que a saúde deve estar na agenda de todas as políticas sociais (23, 28-33).

4.3.2 Os pressupostos para uma cidade tornar-se saudável

Ao final da 6ª Conferência Global de Promoção da Saúde em 2005, na Tailândia, a Carta de Bangkok ressaltava medidas essenciais para uma cidade saudável: lutar pela saúde com base nos direitos humanos e solidariedade; investir em políticas sustentáveis aos determinantes sociais da saúde; possibilitar o desenvolvimento de transferência de conhecimentos e investigação; leis que garantam proteção a possíveis danos e igualdade de oportunidades; estabelecer alianças com diversas organizações com a sociedade civil (17, 34).

Segundo Hancock (23), o que faremos com as cidades no futuro, em termos de cidade saudável, saúde pública e promoção da saúde, será muito diferente do que foi feito com as cidades inglesas que se industrializavam no século XIX e as reformadoras cidades americanas e canadenses do início do século XX. Alguns pontos-chave e desafios para o futuro são enfatizados:

- *Parcerias intersetoriais* - a maioria dos determinantes de saúde deve ser encontrada nas condições sociais, econômicas, ambientais, políticas e culturais, e no comportamento social que os gera, e menos na garantia individualizada de assistência à saúde. A maioria dos agentes de mais impacto na saúde da comunidade deve ser encontrada além do setor saúde (35-36).

- *Envolvimento do governo local* - a maior contribuição para a saúde de uma nação, nos últimos 150 anos, não veio dos médicos ou hospitais, mas sim do governo local (16, 37).

- *Envolvimento da comunidade* - Cidades Saudáveis tem suas interfaces na Promoção da Saúde, que requer o empoderamento de pessoas e comunidades para exercerem maior controle sobre os fatores que contribuem para sua saúde e bem-estar (8, 38).

- *Cidade Saudável e Sustentável* - o meio ambiente e a saúde dos ecossistemas são atributos-chave de qualquer cidade saudável. Já existe uma ligação forte entre Cidades Saudáveis e Cidades Sustentáveis, destacando as abordagens semelhantes de ambas (17-18, 39).

- *Cidade sustentável, segura, habitável, verde e total* - saúde é um conceito muito amplo, e os determinantes de saúde vão desde o DNA até mudanças climáticas. Importante é encontrar uma maneira de mobilizar pessoas e seu comprometimento na abordagem de desenvolvimento sustentável que resulte numa visão holística para melhorar sua saúde, bem-estar e qualidade de vida (18, 40).

- *Do desenvolvimento econômico para o desenvolvimento humano* - está havendo uma mudança sobre o significado do termo desenvolvimento, incluindo capital humano, social e ecológico. Este é o ponto central da definição de Cidade Saudável, que conclui afirmando: “nosso objetivo é permitir que as pessoas utilizem todo seu potencial” (23, 41).

Em cerca de 30 anos, mas baseado em séculos de experiências, o Movimento Cidades Saudáveis passou de um pequeno projeto europeu para um fenômeno mundial, confirmando a expressão de que é preciso pensar globalmente e agir localmente (42-45).

4.3.3 Características importantes de uma Cidade Saudável

As cidades que se integram aos Movimentos Cidades Saudáveis e Cittaslow desenvolvem políticas e práticas com algumas características em comum. Respeitadas as diferenças demográficas, sociais e culturais é possível citar: ambiente físico limpo, seguro e de qualidade, incluindo moradia; ecossistema que seja estável e sustentável em longo prazo; comunidade forte, mutuamente apoiada e não exploradora; alto grau de participação dos cidadãos e controle público; encontro de necessidades básicas para todos; acesso a experiências e recursos, com possibilidade de interações e comunicação; economia vital, diversificada e

inovadora; resgate do passado, da herança cultural e biológica dos moradores; forma compatível com as características precedentes e que as melhorem; saúde pública apropriada, com serviços de cuidados a doentes acessíveis a todos; alto nível de saúde positiva e baixo nível de doenças (27, 44, 46).

Projetos de cidades saudáveis desempenham um papel único no governo local, pois promovem inovações e mudanças, sugerindo novas abordagens de saúde pública. Eles têm seis características em comum: compromisso com a saúde; tomada de decisão política; ações intersetoriais; participação da comunidade; inovação; política de saúde pública (47).

Estes projetos não evoluem de forma automática ou contínua. São experimentações sociais e, algumas vezes, desenvolvem-se rapidamente; em outras acontecem lentamente, pois as condições são complexas e contraditórias. Cada projeto deve encontrar seu próprio caminho no mosaico de contextos e circunstâncias com que trabalha. O Movimento Cidades Saudáveis busca soluções para grandes cidades, enquanto o Cittaslow é particularmente desenhado para cidades de menor porte (1, 48-50).

4.3.4 Similaridades e discrepâncias entre movimentos urbanos saudáveis

Baseado nas diferentes dimensões de sustentabilidade (econômica, social, ambiental e cultural) e nas formas de desenvolver a capacidade humana (aprender a viver juntos, aprender a conhecer, aprender a fazer e aprender a ser) Montero-Souto (18) estabeleceu uma matriz para identificar os diversos movimentos urbanos internacionais, cujos propósitos convergem para o desenvolvimento do potencial humano. O Movimento Cidades Saudáveis situa-se na dimensão aprender a ser sob sustentabilidade ambiental e o Cittaslow na dimensão aprender a fazer em sustentabilidade econômica (Figura 1).

D S	Aprender a viver juntos	Aprender a conhecer	Aprender a fazer	Aprender a ser
Econômico	European Network of Cities and Regions for the Social Economy (REVES)	The European Urban Knowledge Network (EUKN) Techno & Digital Cities	Cittaslow Network European Cities Network for Conciliation	The Creative Cities Network (UNESCO)
Social	Child Friendly Cities Initiative (UNICEF)	AICE – International Association of Educating Cities	The Mayors for Peace	The Inclusive City Initiative (Habitat's Global Campaign)

Ambiental	C40 Cities - Climate Leadership Group	ICLEI – International Council for Local Environmental Initiatives	Walkable Cities Network Bicycle Cities	International Healthy Cities Foundation (WHO)
Cultural	SPIDH – The international permanent secretariat human rights and local governments	Network of Local Authorities for the Information Society (IT4ALL) Knowledge and University Cities	UNESCO World Heritage Cities	Les Rencontres - Association of European Cities and Regions for Culture Cities of Arts and Science

Figura 1 – Matriz de interseções de movimentos urbanos internacionais D=Desenvolvimento da capacidade humana, S=Sustentabilidade (adaptado de Montero-Souto, 2009).

Tendo em vista que o homem moderno passa 90% do tempo dentro de ambientes fechados e o nível de urbanização passa dos 50%, o ambiente construído (modificado) talvez tenha se convertido no ambiente humano “natural”. A maneira como construímos nossas cidades obviamente tem um profundo impacto na saúde e no meio ambiente. A proteção deste ambiente, natural ou construído, e a conservação dos recursos naturais devem ter a saúde contemplada em todas as políticas, como qualquer estratégia de promoção da saúde (51).

4.3.5 Implicações do Movimento Cidades Saudáveis para o contexto brasileiro

O Brasil, de forma semelhante a outros países, passa por uma acelerada transição demográfica, com aumento da expectativa de vida e uma transição epidemiológica que acentua a presença de doenças e condições crônicas. Em decorrência dessas transições, o país ainda convive com uma tripla carga de doenças: infecciosas e parasitárias, doenças causadas por causas externas e doenças crônicas. É necessário recompor a coerência dessa situação epidemiológica com uma resposta social estruturada em sistemas integrados de atenção à saúde, com objetivos comuns e atendimento contínuo e integral (52).

Este imperativo muito se assemelha aos princípios do movimento Cidades Saudáveis e Cittaslow, o que favorece a adesão de municípios brasileiros a estes movimentos. O encontro do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), em Fortaleza, em 1995, afirmou que os governos locais são responsáveis pela geração de qualidade de vida para os povos das Américas, com um novo enfoque na produção social da saúde e na construção da cidadania. Lembrou que a municipalização da saúde pode caminhar a partir de sua experiência integradora, participativa e criativa para a construção da Cidade Saudável. Com

incentivo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e apoio de secretários municipais, diversas cidades aderiram ao movimento, nos estados de Paraná, São Paulo, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Goiás, Mato Grosso do Sul, Ceará e Alagoas. Outras reuniões nacionais ocorreram, para discutir com os prefeitos envolvidos a oportunidade da formação da Rede Brasileira de Municípios Saudáveis, estimulando a troca de experiências e o apoio mútuo entre os responsáveis (53).

A primeira cidade brasileira a divulgar seu ingresso no movimento foi São Paulo, em 1990. Em dezembro de 2003 o compromisso foi reafirmado entre a prefeitura, a OPAS e a Universidade de São Paulo (USP). Na época, pelo menos 10% da população morava em mais de 2 mil favelas espalhadas pela cidade. Na sequência, diversos municípios discutiram e tentaram desenvolver a experiência, sendo que 13, de diferentes regiões do país, realmente implantaram seus projetos. Entre eles Maceió, São Paulo, Jundiaí e Curitiba. Apesar da situação difícil em função do processo de descentralização e democratização de gestão em saúde, é inegável a contribuição das experiências de gestão municipal. Há uma diversidade de ações que estão sendo realizadas em algumas cidades, com características inovadoras. Existe atualmente no Brasil uma Rede de Municípios Saudáveis (Recife) e outra de Municípios Potencialmente Saudáveis (Campinas). A participação brasileira no movimento Cidades Saudáveis normalmente está vinculada a grupos de pesquisadores ligados a uma universidade ou instituto de pesquisa, que desenvolvem uma metodologia de ações públicas para melhorar a qualidade de vida de uma população, buscando parcerias públicas. Existem experiências neste formato nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste (54-56).

Curitiba vem construindo uma gestão pública que centraliza esforços na organização do espaço urbano, valorizando a responsabilidade social na construção de uma cidade mais justa e democrática para todos. A participação social tem sido uma estratégia de empoderamento, criando oportunidades de educação para a cidadania. O envolvimento dos cidadãos na tomada de decisões e execução dos projetos sociais resulta no compartilhamento de responsabilidades. As Conferências Municipais de Saúde colocam em pauta assuntos fora do setor saúde, como a violência urbana. Alianças estratégicas com agências governamentais, instituições de saúde, universidades e outros setores tornam visível que nenhum setor tem

poder suficiente para dar conta do problema sozinho e que a ação intersetorial pode possibilitar uma ação mais potente e resolutive. Estas ações públicas em rede se sustentam em função do comprometimento e da diversidade dos atores envolvidos, bem como sólidas bases políticas e legislativas, independentemente das transições político-administrativas (16, 55, 57).

Recife e Campinas têm mantido o compromisso com os ideais “saudáveis”. Em 2012, Recife sediou o I Seminário Internacional de Promoção da Saúde, Desenvolvimento Local e Municípios Saudáveis, reunindo países sul-americanos e africanos de língua portuguesa. Os temas debatidos foram desde alimentação saudável à água para consumo humano e educação em saúde, comprovando a ligação histórica entre os determinantes sociais da saúde e o movimento Cidades Saudáveis. Também foram estabelecidas parcerias multissetoriais entre os participantes, tanto em nível nacional como internacional (58).

Campinas desenvolve um projeto em comunidades carentes identificando três grandes eixos: o da educação, o da saúde e o da economia. Novamente se faz presente a intersetorialidade, bem como a construção coletiva de espaços saudáveis. Em destaque o desafio de articular os atores sociais e criar corresponsabilidade pelos projetos a serem desenvolvidos com as comunidades, desde a sua elaboração até os processos de avaliação. Mantém-se a perspectiva de que o processo de construção coletiva de políticas públicas propiciaria a redução das desigualdades sociais. São intervenções multidimensionais e dirigidas a populações diversas, buscando alcançar múltiplos resultados, misturando arranjos políticos distintos, além do efeito de contexto na abordagem, implementação e efetividade (56, 59).

Porém, o mesmo não ocorre em outras experiências, sobretudo em municípios de menor porte populacional. Diversas cidades brasileiras tiveram projetos implantados e interrompidos, por conta da alternância de governo municipal. Ainda assim, muitas iniciativas (como usinas de reciclagem de lixo e estações de tratamento de água) sobreviveram a mudanças de governo. Outra característica comum a muitas cidades brasileiras de pequeno porte é a relação entre o poder público e a sociedade, fortemente baseada no clientelismo político. Isto leva a

população, conforme alguns relatos, a uma postura passiva e desconfiada, pois não se considera capaz de provocar e construir mudanças (56-57).

Uma experiência-piloto desenvolvida no período de 1996-1998, nos municípios mineiros de Dionísio e São José do Goiabal, ambas de pequeno porte populacional, demonstrou resultados não satisfatórios quanto à mobilização social e modo de gestão da cidade. Isso não caracteriza fracasso definitivo da iniciativa, pois experiências protagonizadas por diversos atores, com distintas inserções, geram conflitos entre a manutenção do *status quo* ou de mudança. Por outro lado, Antônio Prado, no Rio Grande do Sul, é um município que há anos vem trabalhando políticas públicas para adequar-se ao Cittaslow. É um representativo polo da imigração italiana, ostentando o título de “cidade mais italiana do Brasil”. Em 2001 a pequena cidade gaúcha aderiu à Rede Internacional e recebeu o selo de Cittaslow, sendo a primeira cidade latino-americana a receber esta certificação. Desde então vem procurando seguir essa orientação com relativo êxito, embora as mudanças administrativas tenham interferido no processo. Situação semelhante tem a cidade de Tiradentes, em Minas Gerais (57, 60-61).

Relatos de avaliações de projetos em diversos países em desenvolvimento apresentam um quadro de dificultadores semelhante aos resultados brasileiros. Ao lado das experiências exitosas, há também problemas de variadas ordens: falta de uma cultura institucional e permanência de agentes públicos ou atores da sociedade civil que permita a preservação e sustentabilidade das intervenções realizadas; diferentes níveis de envolvimento dos formuladores de políticas e tomadores de decisões, seja no legislativo ou no executivo, inclusive quanto ao conhecimento do projeto; escassos recursos financeiros alocados para os projetos; expectativas muito ambiciosas que geram frustração já nas primeiras avaliações; ausência de planejamento intersetorial; dificuldade de trabalho cooperativo entre governos e outros setores, abortando iniciativas e/ou não realizando avaliações do projetos em curso (62-65).

Um estudo avaliativo de projetos para cidades saudáveis na Europa aponta fragilidades de metodologia para este tipo de avaliação, principalmente para estabelecer causalidades e atribuições ao projeto Cidades Saudáveis. E novamente

destaca o atributo fundamental das parcerias intersetoriais, bem como o papel contribuinte da academia para moldar, de forma eficaz, essas parcerias (66-67).

4.4 Considerações finais

Cidades Saudáveis e Cittaslow buscam, dentro e fora dos serviços de saúde, soluções que levem à promoção da saúde e à melhor qualidade de vida, atuando no contexto que as determina. Propõem agentes públicos participantes, atuando na formulação de políticas públicas e na tomada de decisões para superar os problemas urbanos que se apresentam na maioria das cidades contemporâneas.

Em meio a diversas correntes e filosofias para melhorar a qualidade de vida e a saúde das pessoas, parece haver um *leitmotiv* que regeria todo o processo: o ser humano deve se empoderar para agir sobre as condições que possam influenciar sua saúde, no plano coletivo, e responsabilizar-se por suas ações, no plano individual. Nenhum sistema de saúde se mantém sustentável tratando indefinidamente, com custos progressivos, sociedades iníquas e nas quais a distribuição social das doenças/agravos apresenta marcantes gradientes.

Uma análise crítica dos processos de determinação e condicionamento histórico e social, revisado no presente trabalho, leva a crer que os mais fragilizados, em suas condições materiais de vida, são os mais atingidos em cidades que não praticam a produção de políticas públicas saudáveis. Além disto, algumas experiências aparentemente frustradas de projetos de cidades saudáveis, após algum tempo de implantação, indicam como um importante determinante para o insucesso a ausência de compromisso político por parte de atores-chave, tais como gestores que não tenham solicitado ou participado da formulação dos projetos, mas apenas permitido sua implantação, ou cidadãos apassivados diante dos problemas urbanos. Nesses casos os projetos tendem a ter pouca influência em políticas municipais, escassos resultados positivos e com poucas probabilidades de se manterem sustentáveis no tempo. Antônio Prado, no Brasil, é um bom exemplo. Com a mudança da gestão municipal não houve continuidade do projeto, embora a atual administração mostre-se disposta a isso.

Cidades Saudáveis envolvem complexas heterogeneidades. Para trabalhar essas diferenças é preciso compreender que o conceito implicado com Cidades

Saudáveis exige não só a busca de resultados, mas também compromissos e alianças para a implementação de processos que colocam a saúde no topo da agenda política e social das cidades. É preciso enfatizar a governança, a equidade e a solidariedade participativa, com um plano coesivo de ação intersetorial para enfrentar os determinantes da saúde.

REFERÊNCIAS

1. WHO - World Health Organization Regional Office for Europe. *Twenty steps for developing a Healthy Cities project*, 3rd ed, Copenhagen, WHO 1997. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/101009/E56270.pdf acesso em 03-05-2011.
2. Ashton J. *Healthy cities*. UK: Open University Press; 1992.
3. Ison E. The introduction of health impact assessment in the WHO European Healthy Cities Network. *Health Promotion Int* 2009; 24(suppl 1):64–71.
4. de Leeuw E. Do healthy cities work? A logic of method for assessing impact and outcome of healthy cities. *J Urban Health* 2012; 89(2):217–231.
5. Slow Movement (official website) disponível em <http://www.slowmovement.com/aboutus.php> acesso em 21-04-2011.
6. Caiaffa WT, Ferreira FR, Ferreira AD, Oliveira CDL, Camargos VP et al. Saúde urbana: "a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora". *Rev C S Col* 2008; 13(6):1785-1796.
7. Pellegrini Filho A. As iniquidades em saúde na agenda global. *Le Monde Diplomatique*, 2011. Disponível em <http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1046> acesso em 10-02-2013.
8. CittaSlow Movement (official website), disponível em <http://www.cittaslow.net/> acesso em 03-06-2011.
9. Radstrom S. A place-sustaining framework for local urban identity: an introduction and history of Cittaslow. *Italian J Planning Practice* 2011; (1).
10. Grzelak-Kostulska E, Holowiecka B, Kwiatkowski G. Cittaslow International Network: an example of a globalization idea? In *The Scale of Globalization. Think Globally, Act Locally, Change Individually in the 21st Century*, 186-192. Ostrava: University of Ostrava, 2011. Disponível em http://conference.osu.eu/globalization/publ2011/186-192_Grzelak-Kostulska-Holowiecka-Kwiatkowski.pdf acesso em 22-12-2011.
11. Szwed D, Maciekewska B. The green city of the new generation. Brussels, Baltic Network of the European Green Party, 2009. Disponível em www.balticgreens.net acesso em 13-05-2011.
12. Brundtland GH & World Commission on Environment and Development. *Our common future*. Oxford: Oxford University Press, 1987.
13. Hancock T. Creating environments for health – 20 years on, in *The Ottawa Charter for Health Promotion: a critical reflection*. *IUHPE – Int Union Health Promotion Edu* 2007; (Supl 2):55-56.
14. Ferraz ST. A pertinência da adoção da filosofia de cidades saudáveis no Brasil. *Saúde em Debate*; 1993(41):45-49.

15. Barton H, Mitcham C, Tsourou C. *Healthy Urban Planning in practice: experience of European cities*. Copenhagen, WHO Europe 2003, disponível em <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd31/e82657.pdf> acesso em 04-02-2011.
16. Moysés SJ, Moysés ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Rev C S Coletiva* 2004; 9(3):627-641.
17. OPS – Organización Panamericana de Salud. La nueva Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado, in *Boletín de La Unidad de Entornos Saludables*, 2006; 2(6) disponível em <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd53/Boletin-MCS-Julio-06.pdf> acesso em 14-03-2011.
18. Montero-Souto P. Four educational perspectives of urban sustainability in Spanish cities. 2009, disponível em http://www.cityfutures2009.com/PDF/1_Montero_Souto_Pablo.pdf acesso em 22-03-2011.
19. Capon AG, Dixon JM. Creating healthy, just and eco-sensitive cities: moving forward. *NSW Public Health Bulletin* 2007;(18):11–12.
20. Souza R. *A história do mundo*, disponível em <http://www.historiadomundo.com.br/pre-historia/> acesso em 19-03-2011.
21. Czresnia D. Do contágio à transmissão: uma mudança na estrutura perceptiva de apreensão da epidemia. *Hist cienc saude-Manguinhos* 1997; 4(1):75-94.
22. Ribeiro H. Saúde Pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. *Saúde e Sociedade* 2004;13(1):70-80.
23. Hancock T. The evolution, impact and significance of the Healthy Cities/Heath Communities Movement. *J Pub Health Policy* 1993; 14(1).
24. Duhl LJ, Sanchez AK. *Healthy Cities and the city planning process*. Copenhagen, 1999 disponível em <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd31/e67843.pdf> acesso em 03-12-2011.
25. Viveiros AA. A Revolta da Vacina. *Rev Eletrôn Ciênc* 2003; (21).
26. AFN – Agência Fiocruz de Notícias. Entrevista com Trevor Hancock, 2008, disponível em <http://www.agencia.fiocruz.br/trevor-hancock-explica-conceito-de-cidades-saud%C3%A1veis> acesso em 03-08-2011.
27. Andrade LOMd, Barreto ICdHC. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: Minayo MCdS, Miranda ACd, editors. *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002.
28. WHO – World Health Organization. *Building a healthy city: a practitioners guide*. Geneva, WHO 1995. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_EOS_95.10.pdf acesso em 26-03-2011.

29. Navarro V, Shia L. The political context of social inequalities and health. *Social Science & Medicine* 2001;52(3):481-491.
30. Navarro V. What we mean by social determinants of health. *Glob Health Promot* 2009;16(1):5-16.
31. Marmot M. Historical perspective: the social determinants of disease - some blossoms. *Epidemiol Perspect Innov* 2005;2(2):2-4.
32. Marmot M. Closing the health gap in a generation: the work of the Commission on Social Determinants of Health and its recommendations. *Global Health Promotion* 2009; Suppl 1:23-7.
33. Fitzpatrick KM, Lagory M. "Placing" health in an urban sociology: Cities as mosaics of risk and protection. *City & Community* 2003;2(1):33.
34. Porter C. Ottawa to Bangkok: changing health promotion discourse. *Health Promotion International* 2007; 22(1):72-79.
35. de Leeuw E. Healthy Cities: urban social entrepreneurship for health. *Health Promot Int* 1999; 14(3):261-271.
36. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health - Background document to WHO – Strategy paper for Europe*. Institutet för Framtidsstudier; 2007:14, disponível em [http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20080109\\$110739\\$fil\\$mZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf](http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20080109$110739$fil$mZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf) acesso em 12-05-2011.
37. Burris S, Hancock T, Lin V, Herzog A. Emerging strategies for healthy urban governance. *J Urban Health* 2007; 84(Suppl 1):154–163.
38. Rice M. *La estratégia de MCS, los objetivos de desarrollo del milenio y los determinantes sociales de la salud*. Washington, PAHO 2007 disponível em www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/Panama_DDT_GEF07_LL.pdf acesso em 12-03-2011.
39. Dean K, Hancock T. *Supportive environments for health*. WHO 1992, disponível em http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EURO_HPR_1.pdf acesso em 27-02-2011.
40. Hancock T. Buying green for the health of it. *Can Med Assoc J* 2002; 8(1):166-181.
41. De Masi D. *O ócio criativo*. Rio de Janeiro: Ed. Sextante, 2000.
42. Kickbusch I. Global + local = glocal public health. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53(8):451-452.
43. Hancock T. Healthy Communities must also be sustainable communities. *Public Health Rep* 2000; (115):151-156.
44. Hancock T, Groff P. *Information Technology, Health and Health Care: a view to the future*. Ottawa. Canadian Policy Research Networks, 2000, disponível em http://www.cprn.org/documents/18426_en.pdf acesso em 07-04-2011.

45. PAHO - Pan American Health Organization. *Road Map to contribute to the achievement of the Millennium Development Goals in the context of Healthy Municipalities, Cities and Communities*. Washington, D.C., 2006 disponível em <http://www.bvsde.paho.org/bvsdemu/fulltext/roadgoals/carapor.pdf> acesso em 06-03-2011.
46. PERÚ – Ministerio de Salud. *Guía Metodológica para la implementación de municipios saludables*. Lima, 2006.
47. OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. *Guia dos prefeitos para promover qualidade de vida*. Washington D. C. 2004. Disponível em http://www.paho.org/English/AD/SDE/HS/MCS_Guide.pdf acesso em 03-04-2011.
48. Dooris M. Healthy Cities and Local Agenda 21: the UK experience – challenge for the new millennium. *Health Promotion Int* 1999; 14(4):365-375.
49. OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. *Fichas Temáticas – Municípios e Comunidades Saudáveis*. Washington, D. C. 2004. Disponível em http://www.paho.org/Portuguese/AD/SDE/HS/MCS_Fichas.pdf acesso em 03-04-2011.
50. Mayer H, Knox P. Small town sustainability: prospects in the second modernity. *European Planning Studies* 2010; 18(10):1545-1565.
51. Ashton JR. Healthy Cities shows the way to improve urban public health. *J Epidemiology Community Health* 2004; 58(3):230.
52. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.
53. Westphal MF. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Rev C S Col* 2000; 5(1):39-51.
54. Righetti S. Condições ambientais e bem estar social são fatores que influenciam a saúde da população. *Cienc Cult* 2004; 56(2).
55. Moysés ST, Kusma SZ (org.). *Ambientes Saudáveis em Curitiba*. Prefeitura Municipal de Curitiba, 2009, disponível em http://www.sindimetal.com.br/documentos_pdf/ambientes_saudaveis.pdf acesso em 27-03-2011.
56. Akerman M, Mendes R, editores. *Avaliação participativa de municípios, comunidades e ambientes saudáveis: a trajetória brasileira - memória, reflexões e experiências*. São Paulo: Mídia Alternativa Comunicação e Editora Ltda.; Centro de Estudos de Saúde Coletiva (CESCO); 2006.
57. Rabelo AJ, Werneck GAF, Santos MAd, Souza RdC. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? *Rev C S Col* 2000; 5(1):53-62.
58. I Seminário Internacional de Promoção da Saúde, Desenvolvimento Local e Municípios Saudáveis. Disponível em <http://nusprpms.blogspot.com.br/> acesso em 17-02-2013.

59. Sperandio AMG, Correa CRS, Serrano MM, Rangel HdA. Caminho para a construção coletiva de ambientes saudáveis: São Paulo, Brasil. *Rev C S Col* 2004;9(3):643-654.
60. Atuaserra – Associação de turismo da serra nordeste (site oficial). Disponível em <http://serragaucha.com/pt/paginas/patrimonio-historico-nacional/> acesso em 25-06-2012.
61. Ruschel R. Cittaslow: a revolução urbana que respeita a alma. *Envolverde*. São Paulo, 22/05/2012. Disponível em <http://envolverde.com.br/economia/entrevista-economia/cittaslow-a-revolucao-urbana-que-respeita-a-alma/> acesso em 25-06-2012.
62. Harpham T, Burton S, Blue I. Healthy City projects in developing countries: the first evaluation. *Health Promotion Int* 2001;16(2).
63. Rice M, Franceschini MC. Lessons learned from the application of a participatory evaluation methodology to healthy municipalities, cities and communities initiatives in selected countries of the Americas. *Promot Educ* 2007;14(2):68-73.
64. Baum F, Jolley G, Hicks R, Saint K, Parker S. What makes for sustainable Healthy Cities initiatives?—a review of the evidence from Noarlunga, Australia after 18 years. *Health Promotion Int* 2006: 21(4).
65. O'Neill M, Simard P. Choosing indicators to evaluate Healthy Cities projects: a political task? *Health Promotion Int* 2006;21(2).
66. Lipp A, Winters T, de Leeuw E. Evaluation of partnership working in cities in phase IV of the WHO Healthy Cities Network. *J Urban Health* 2012;17.
67. de Leeuw, E. Evaluating WHO Healthy Cities in Europe: issues and perspectives. *J Urban Health* 2012; 22.

Não tive tempo de escrever uma carta curta.
Por isso escrevi uma longa no lugar.

Mark Twain (1835-1910)

5. ARTIGO 2

(Artigo submetido à Health Promotion International em 03-01-2014).

COMO CIDADES SAUDÁVEIS E CITTASLOW PODEM AJUDAR PESSOAS EM CONDIÇÕES CRÔNICAS: UM ESTUDO COMPARATIVO

HOW HEALTHY CITIES AND CITTASLOW CAN HELP PEOPLE IN CHRONIC CONDITIONS: A COMPARATIVE STUDY

RESUMO

Saúde urbana está fortemente relacionada a saúde mental, sobrepeso, tabagismo, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e doença coronariana, a maioria delas doenças/condições crônicas. Cidades Saudáveis e Cittaslow são iniciativas urbanas que destacam a importância destes fatores/contextos sociais e culturais como determinantes sociais da saúde, onde os fatores mais comuns, como acesso e utilização dos serviços de atenção à saúde, têm menor impacto. Atualmente mudanças no ambiente social e estilos de vida são os maiores determinantes de risco e doença em todas as idades. Com base nos princípios de Cidades Saudáveis e Cittaslow esta pesquisa buscou observar estruturas físicas e sociais para formular hipotéticas e plausíveis relações entre cidades saudáveis e o enfrentamento às condições crônicas. Foi um estudo comparativo sob perspectiva socioantropológica, em abordagem observacional e qualitativa, desenvolvido em cinco cidades saudáveis. A capacidade ampliada das comunidades locais em identificar e resolver problemas pode ser o melhor resultado de Cidades Saudáveis e Cittaslow. Da mesma forma, a capacidade de alterar ambientes urbanos e hábitos sociais por outros que promovam um estilo de vida mais saudável podem auxiliar no enfrentamento às condições crônicas.

PALAVRAS CHAVE

Cidades saudáveis. Promoção da saúde. Políticas de saúde. Condições crônicas. Participação social.

ABSTRACT

Urban health is strongly linked to mental illness, being overweight, smoking behaviors, diabetes mellitus, hypertension and coronary disease, most of them chronic diseases/conditions. Healthy Cities and Cittaslow are urban initiatives that acknowledge the importance of such societal and cultural contexts/factors as social determinants of health, whereas the more commonly considered factors such as access and use of health care services often have less impact. Changes in social environment and lifestyle are now major determinants of risk and disease at all ages. Based on principles of Healthy Cities and Cittaslow this research aimed to observe social and physical structures that could improve the management of chronic conditions. It was a qualitative observational and comparative study from a socio-anthropological perspective carried out in five cities/towns. Improved capacity of local communities to identify and address problems could be the best outcome from Healthy Cities and Cittaslow. Likewise, the capacity to change urban environments

and social habits to ones that promote a healthier lifestyle may help to manage chronic conditions.

KEYWORDS

Healthy cities. Health promotion. Health policies. Chronic conditions. Social participation.

5.1 INTRODUÇÃO

Saúde e segurança para pessoas que vivem em áreas urbanas têm sido amplamente enfatizado pelas ciências da saúde, sociais e ambientais. Características urbanas têm demonstrado impacto na vida de indivíduos e de comunidades, mas políticas públicas de saúde podem: recuperar áreas menos favorecidas; proteger a utilização mista de prédios, residências e serviços; apoiar a conservação e uso da herança cultural; reduzir a dependência do automóvel e congestionamentos no trânsito; e melhorar a mobilidade e acessibilidade. Estas ações ajudam as pessoas a estabelecer sociedades mais racionais, possibilitando o entendimento do espaço urbano não apenas como a dualidade entre casa (privado) e cidade (público), mas principalmente como cenário de interação social (DaMatta, 1997; Montero-Souto, 2012).

Cidades Saudáveis é um movimento global que envolve comunidades e governos locais para melhorar a saúde pública em um processo de políticas públicas que possibilita às pessoas, mutuamente apoiadas, alcançarem seu pleno potencial. Cidades Saudáveis enfatiza a necessidade de considerar as iniquidades sociais que negativamente afetam a saúde, particularmente em grupos mais vulneráveis, por meio de um processo de governança democrática e participativa. O movimento defende que a saúde seja considerada em todas as políticas e setores, como o econômico, o desenvolvimento urbano e os esforços de recuperação, que levam à promoção da saúde e questões de qualidade de vida. Isto seria um contraponto à ideia de que a cidade é um ser divorciado de seus moradores, pensada como resultado de variações demográficas, interesses imobiliários e outros fatores de ordem “natural”, e não como um cenário que impacta profundamente na saúde e na vida dos moradores (Ashton, 1992; Hancock, 2000; Magnani, 2002; Awofeso, 2003; WHO, 2013).

Iniciativas de promoção da saúde demonstram a importância dos contextos sociais e culturais e buscam, de maneira ativa, envolver os membros da comunidade. O Movimento Cidades Saudáveis é especialmente reconhecido por enfatizar o comprometimento e envolvimento do governo local. Por exemplo, cidades interessadas em participar do Projeto Californiano de Cidades Saudáveis tiveram que obter, por uma resolução do conselho municipal, o apoio do governo local para sua participação (Hancock, 1993; Kegler *et al.*, 2000).

A mesma ideia de capacidade de resposta social para o desenvolvimento de uma cidade fez surgir um novo movimento na Itália, a *Rete Internazionale della Città del Buon Vivere* – Cittaslow. Esta rede tem o apoio de prefeitos de diversas cidades e é fundamentada no Slow Food Movement, que busca preservar alimentos locais, preparados pelos métodos tradicionais e apreciados lentamente. O objetivo do Cittaslow, ampliando a filosofia do Slow Food, é desacelerar o ritmo da vida, valorizando um tempo em que o ser humano ainda era protagonista da lenta e saudável sucessão das estações, aproveitando uma vida lenta e tranquila. Cittaslow é uma rede organizada de pequenas cidades que buscam focar em planejamento urbano e regional, para promover o bem-estar na vida urbana. Isto em um tempo em que globalização e pressa levaram à homogeneização das áreas urbanas, e não mais valorizam a identidade local (Radstrom, 2007; CITTASLOW, 2011).

De interesse para este estudo é a ligação entre comunidade e estilos de vida urbana orientada para a saúde e condições crônicas (CC). Nas últimas décadas o setor saúde tem experimentado um aumento na carga de CC, que continua a crescer e constitui um dos maiores desafios para o desenvolvimento no século 21, principalmente em países de baixa e média renda. Essas condições são responsáveis por 63% de todas as mortes no mundo, e cerca de um quarto delas ocorrem em pessoas abaixo de 60 anos, com essas condições espalhando-se em proporções epidêmicas (Hancock, 1993; PAHO, 2011; WHO, 2011; Montero-Souto, 2012).

Diferentemente das doenças infecciosas, as CC não são transmitidas por agentes patogênicos microscópicos; os fatores de risco que as causam são transmitidos por contextos locais e culturais. Pesquisadores que buscam caminhos biológicos e causalidade entre determinantes sociais, estilos de vida e doenças podem encontrá-los nas alterações epigenéticas das funções do DNA, induzidas por estilos de vida. No curso da vida, influências do meio ambiente, envelhecimento, e

estilo de vida interagem com e estimulam mudanças benéficas ou malélicas na bioquímica do DNA (Loi *et al.*, 2013; Petersen *et al.*, 2013; Zeilinger *et al.*, 2013).

D/CC são causadas principalmente por determinantes sociais distais e por quatro principais fatores de risco proximais: tabagismo, consumo abusivo de álcool, dieta não saudável, e pouca atividade física, que juntos são responsáveis por cerca da metade da mortalidade prematura em países urbanizados e industrializados (WHO, 2010). As CC aumentam mais rapidamente em países pobres, e sistemas de saúde exauridos têm pouco tempo para reagir à complexidade das demandas criadas por essa situação (Tasca, 2011). CC muitas vezes são causadas por doenças crônicas, mas também por algumas doenças infectocontagiosas (HIV/AIDS, tuberculose) e ciclos de vida (adolescência, envelhecimento), afetando a qualidade de vida por longo período de tempo. Nesse sentido é essencial criar um novo modelo de atenção à saúde, em um trabalho contínuo, proativo e intersetorial e que seja coordenado pela Atenção Primária. Há evidências, em países como Brasil, Canadá, Itália e Espanha, de que este modelo de cuidado em rede melhora o manejo das CC, enfatizando os determinantes sociais da saúde, fatores de risco em comum e iniquidades no meio ambiente social (Bloom *et al.*, 2011; Mendes, 2011).

A “epidemia” das CC foi disparada por mudanças demográficas, econômicas e sociais nunca vistas. Os determinantes subjacentes dessa epidemia são um reflexo das forças que levaram às mudanças sociais, econômicas e culturais: globalização, urbanização, envelhecimento da população, e políticas gerais de meio ambiente. O consumo crescente de alimentos ricos em gordura, sal e açúcar, mesmo em países de média e baixa renda, é causado, em parte, por mudanças nos fatores de demanda, como aumento da renda e reduzido tempo para preparar os alimentos (WHO, 2005). Políticas de governo, em nível central e local, sobre alimentação, propaganda, transporte, planejamento urbano e meio ambiente construído podem gerar oportunidades para as pessoas praticarem escolhas mais saudáveis.

Defensores de Cidades Saudáveis e Cittaslow argumentam que os esforços para a saúde podem ser frustrados se o ritmo da vida moderna não for revisto. Para o cidadão moderno, tempo é entendido como um recurso limitado, como petróleo ou água. A sensação de falta de tempo é também uma condição crônica, e como tal, sem remédio. Baseado nos princípios de Cidades Saudáveis e Cittaslow e considerando a propagação das CC e as disparidades dentro dos sistemas de

saúde, este estudo comparativo buscou observar as estruturas físicas e sociais de cinco cidades saudáveis que pudessem melhorar a prevenção e enfrentamento às CC.

5.2 MÉTODO

Em um esforço para desvendar as nuances relativas à saúde de Cidades Saudáveis e Cittaslow este estudo observacional, comparativo e qualitativo foi desenvolvido sob uma perspectiva socioantropológica, em uma pesquisa ação participativa (PAR). A hermenêutica da PAR é aqui entendida como uma função de pesquisadores familiarizados em registrar, descrever e interpretar fatos únicos e rotineiros, construindo correntes de significados em cada cidade selecionada. O encontro com estranhos, com quem se pode estabelecer uma relação de alteridade, possibilita a compreensão do *modus operandi* de diversos sistemas simbólicos (Cardoso, 1986).

A análise antropológica consiste em criar sistemas a partir de uma realidade que a princípio pode parecer fragmentada, e cujo significado menor surge da externalidade do observador. Para tentar entender realidades locais devemos descobrir e analisar as categorias culturais fundamentais pelas quais as pessoas operam e reproduzem sua sociedade. A abordagem pressupõe constantes migrações intelectuais entre o particular e o específico, e entre o geral e o universal, por comparação entre diferentes sociedades (Durham, 1986; Eckert e Rocha, 2008).

É preciso repensar a noção de determinação e estruturar processos para reconhecer o espaço do ser social. Para conciliar a necessidade metodológica do distanciamento crítico do pesquisador com a vida cotidiana de um grupo humano, devemos evitar tornarmo-nos “nativos” ou transformar os “nativos” em nós. Como as cidades não podem ser estudadas em um método experimental, por que são um reflexo de uma população impossível de ser isolada de forasteiros, utilizamos o método das variações concomitantes, isto é, o método comparativo. Este é um princípio largamente aplicado em ciências sociais: desde que um fenômeno varia na mesma proporção de um de seus antecedentes, ele pode ser influenciado por este antecedente (Cardoso, 1986; Schneider e Schmitt, 1998).

Um importante passo na observação PAR é o senso de estranhamento, como uma maneira de entender o outro. Assumindo que o distanciamento do pesquisador foi atualmente substituído por uma reinventada empatia com o pesquisado, isso pode promover uma compreensão dos considerados estranhos. Cidades diferentes desenvolvem-se de maneiras diferentes e o pesquisador deve ter em mente as diferentes funções e hábitos das comunidades em comparação. Diversos eventos, mesmo dentro de uma mesma cidade, que a princípio podem parecer produtos de escolha individual e aleatória, podem mostrar certa lógica na implementação dos processos urbanos no panorama da cidade (Cardoso, 1986; Kegler *et al.*, 2000; Velho e Kuschnir, 2003).

Para este estudo foram coletados dados, por um mesmo pesquisador, em Greve in Chianti (Itália), Cowichan Bay (Canadá), Antônio Prado (Brasil), Curitiba (Brasil) e Vancouver (Canadá), sem considerar regiões metropolitanas, de agosto de 2012 a julho de 2013. Para a seleção dessas cidades foram consideradas suas conexões com os Movimentos Cidades Saudáveis e Cittaslow. Greve in Chianti foi o berço do Cittaslow e lidera redes italianas e europeias. Cowichan Bay foi a primeira cittaslow da América do Norte e Antônio Prado a primeira no Brasil. Curitiba e Vancouver estão (ou estiveram) conectadas ao Cidades Saudáveis. O pesquisador observou as pessoas em suas atividades de rotina na vida urbana, prestando especial atenção a questões relacionadas à saúde, que pudessem estar relacionadas à estrutura física e social, como peso, tabagismo, segurança urbana, mobilidade, atividade física, dieta alimentar. Como a intenção primária era observar e interagir com a população local essa observação foi evitada em pontos turísticos.

Sob a mesma abordagem observacional foram consideradas as estruturas físicas dessas cidades, bem como as comodidades que pudessem promover estilos de vida saudáveis, inclusive atividade física. Hancock (1997) apresenta seis pontos chave para as próximas cidades saudáveis, aqui utilizados como base para um quadro de avaliação: 1) parcerias intersetoriais, 2) envolvimento do governo local, 3) envolvimento da comunidade, 4) comunidades saudáveis e sustentáveis, 5) comunidades sustentáveis, seguras, habitáveis, verdes e totais, 6) processo de desenvolvimento passando de objetivos econômicos para objetivos humanos. Para identificar o desenvolvimento passando da dimensão econômica para a humana foram levados em consideração sinais de laços comunitários, ritmo de vida, capital

social e tradições culturais. Simultaneamente, na década de 1990, surgiram os conceitos de **d**iversidade, **d**ensidade e **d**esign como elementos chave que favorecem transporte alternativo, logo agregados a **d**istância para o trânsito e acessibilidade do **d**estino (os chamados 5 D), e mais o P de *parking*. Diversidade é o misto de transporte, casas, trabalho, etc. em uma densa tessitura de oportunidades. Densidade é a quantidade disponível dessas oportunidades em uma determinada área para uma atividade específica. Distância para o trânsito é quanto eu preciso caminhar até o transporte desejado, em um virtuoso ciclo de densidade e tráfego. Design corresponde ao visual da paisagem e quão prazerosa é a caminhada até alcançar o meio de transporte. Acessibilidade do destino é quão longe da origem estão os pontos específicos de destino regular. Estacionamento (*parking*) é uma questão limitadora e essencial em um sistema de transporte dominado por automóveis: diminuir garagens e locais de estacionamento libera espaço para casas, empregos, áreas verdes e recreação (Campoli, 2012).

Todos os dados observados foram anotados em um diário de campo como uma ponte entre a teoria e a prática, anotando detalhes, informações e impressões gerais valiosas para posterior análise. O diário de campo ajuda a reconhecer atividades que inicialmente parecem comuns, mas que podem assumir um valioso significado mais tarde. Por exemplo, relações sociais cotidianas estabelecidas entre os moradores podem revelar conexões subjacentes que mantêm o organismo social.

5.3 RESULTADOS

A Figura 1 mostra as características sociodemográficas dessas cinco cidades.

	GREVE IN CHIANTI	COWICHAN BAY	ANTÔNIO PRADO	CURITIBA	VANCOUVER
população	14.351	1.401	12.833	1.764.540	603.502
área (km²)	169	1,8	348	430,9	114,9
densidade (hab/km²)	84,9	776,2	36,9	4.095	5.252,4
expectativa de vida	79.5	80.3	76.6	74.1	81.1

Figura 1 – Características sociodemográficas (Dados municipais oficiais).

Greve in Chianti está localizada a 31 quilômetros de Florença e a 42 de Siena, na região vinícola do Chianti. Embora tenha sido o berço do Cittaslow em 1999 não apresenta qualquer indício ou logomarca que demonstre participação no movimento. Há uma adequada densidade populacional comparada às outras

idades, com alta concentração de idosos e poucas crianças. Uma culinária ancestral, baseada na ecogastronomia, interpretação local da dieta mediterrânea (Zaferatos e Benetatos, 2008), favorece a alimentação saudável como patrimônio imaterial e insubstituível. Tradições culturais são mantidas há séculos; é bem conhecido o açougue local que pertence à mesma família desde 1700, por oito gerações. O proprietário dirige um velho furgão e ironiza: “Se eu tiro férias minha qualidade de vida cai”. A *siesta* após o almoço é uma regra não oficial estritamente respeitada, havendo horários diferenciados para o comércio nos dias mais curtos do inverno.

Apelo visual, atividades físicas e senso de segurança são elementos chave para as cidades estudadas. Seguindo essa tendência, Greve in Chianti preserva ruas limpas, com locais específicos para a coleta de lixo e banheiros públicos limpos e estrategicamente localizados. Ginásios, quadras de esporte e uma piscina estão abertos à população, gratuitamente, e pessoas de todas as idades são vistas caminhando e pedalando, independentemente de horário, local ou condições climáticas. Também existe uma aparente sensação de segurança, com a presença ostensiva dos *carabinieri* (polícia local). As casas não possuem cercas ou portões elétricos, e carros sem alarme são deixados abertos enquanto as pessoas vão às compras.

São poucas as reclamações dos moradores. Alguns protestam contra a distância dos coletores de lixo, mas muitos são vistos levando o lixo a pé até esses coletores. Muitos também reclamam das políticas públicas locais, afirmando que no verão tudo piora, com hordas de turistas invadindo a região.

Cowichan Bay, a primeira cittaslow na América do Norte, está situada na ilha de Vancouver, a 70 quilômetros (de barco) da cidade de Vancouver e a 40 quilômetros de Victoria, a capital da província. Apresenta a menor população de todas as cidades visitadas, é patrimônio histórico canadense, estando formada por uma mistura de veleiros e barcos de pesca, piers, embarcadouros e casas flutuantes. Desde o início da década de 1900 Cowichan Bay tem atraído esportistas de todo o império britânico para a pesca do salmão, recreação ou simplesmente para relaxar. De acordo com a Câmara do Comércio local, foi a capital mundial da pesca do salmão, com águas perfeitas para velejar, uma regata anual e a segunda

mais antiga quadra de tênis na grama ainda em atividade do mundo (depois de Wimbledon).

Percebe-se um forte senso de comunidade entre os moradores, e a pitoresca Fisherman's Wharf é uma espécie de centro de relações intercomunitárias, estruturada para o bem comum, focada principalmente nos interesses da pesca. Há uma forte presença de aborígenes, que mantêm suas tradições, inclusive a pesca artesanal. Também há uma alta concentração de artistas e aposentados entre a população.

Semelhante a Greve in Chianti, Cowichan Bay valoriza o apelo visual, a alimentação e a saúde. As ruas são estreitas e limpas, as casas sem cercas ou muros e há uma coleta seletiva de lixo. Os carros transitam em baixa velocidade, em uma calma integração do moderno com a vida tradicional. Embora se perceba algum consumo de alimentos não saudáveis, especialmente no almoço, muitos moradores estão rendendo-se aos princípios do Slow Food: a panificadora local usa apenas cereais integrais; encontram-se fazendas de produtos orgânicos como aspargos, cogumelos, ervas culinárias e lavanda pelas vizinhanças; mercados locais oferecem vários tipos de alimentos saudáveis, cobrando uma taxa por sacolas plásticas; e a produção de vinhos finos vem aumentando. A cidade apresenta um calendário de festas gastronômicas durante todo o ano, como o Prawn Festival em maio. O hospital mais próximo é o regional de Duncan, a 10 quilômetros de distância. Isto é uma característica do sistema de saúde canadense, onde a atenção primária tem uma alta resolutividade, estimulando atividades de promoção da saúde.

Antônio Prado, “a cidade mais italiana do Brasil” e primeira cittaslow brasileira, encontra-se a 179 quilômetros de Porto Alegre. A influência italiana nesta cidade resultou no maior e mais importante conjunto arquitetônico urbano da colonização italiana no Brasil, tombado em 1987 pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN). É constituído por 48 construções, que utilizam material regional e soluções estruturais criativas, com a maioria dessas construções em estruturas de madeira suportadas por vigas e pilares. Este cenário foi escolhido para as filmagens de “O Quatrilho”, o segundo filme brasileiro indicado ao Oscar. Existe uma rica herança cultural: a cidade é um dos maiores centros nacionais do dialeto *talian*, ou vêneto brasileiro, ainda falado por cerca de 90% da população adulta. Possui um

calendário de festas tradicionais, como a Noite Italiana em agosto e a FenaMassa em outubro.

O projeto Cittaslow foi lançado por vontade do governo local, recebendo a certificação internacional em 2001. Porém, a baixa participação popular e mudanças de prefeito não deram continuidade ao processo. A atual administração está interessada em retomar o processo e já entrou em contato com a rede italiana. Semelhante às duas outras cidades já descritas Antônio Prado tem ruas relativamente limpas e pavimentadas com paralelepípedos, calçadas com pedras largas e uma preocupação constante em manter o patrimônio histórico. Fortes laços comunitários são revelados nos anúncios de funerais, veiculados por alto falantes na torre da igreja, dando os detalhes de velório e funeral, e com os sinos tocando. Há pouco aquecimento industrial e fogões a lenha e lareiras ainda prevalecem. O comércio local oferece uma grande variedade de produtos orgânicos. Conforme observado em Greve in Chianti, muitos carros são deixados abertos. Embora apresente algumas semelhanças com as outras cidades, Antônio Prado mostra mais sinais negativos da vida moderna, como carros com música em alto volume à noite, lixo transbordando de alguns coletores, e pichações e vandalismo em alguns locais.

Curitiba é a capital do estado do Paraná, no Brasil. É uma cidade multiétnica, com forte influência de imigrantes, principalmente europeus. Como as outras cidades, trânsito e atividade física são componentes chaves da vida urbana. A cidade está passando por um crescente processo de verticalização, porém edifícios com mais de seis andares apenas são liberados para construção em áreas próximas a vias exclusivas do transporte público (ônibus expressos). Este sistema é mundialmente conhecido, e os veículos se interconectam em terminais para as redondezas, permitindo múltiplas conexões com apenas uma tarifa. Embora o clima seja frio e instável, bicicletas são utilizadas não apenas como lazer, mas também como meio de transporte limpo e ecologicamente correto. Entretanto, o uso de carros particulares vem aumentando rapidamente, gerando um trânsito lento e congestionado.

Uma preocupação com saúde e o apelo visual estão novamente aparentes. Hortifrutigranjeiros comercializados diretamente pelo produtor são alternativas de baixo custo que promovem alimentação saudável, embora haja um grande consumo

de alimentos processados. Produtos orgânicos estão disponíveis, ainda que a preços mais altos. Atividade física é estimulada pelo governo local, que oferece diversas academias ao ar livre e ciclovias que cruzam a cidade em todas as direções. Muitos parques, homenageando grupos imigrantes, como alemães, ucranianos e poloneses, recebem maciça visitação, especialmente em fins de semana. Curitiba foi uma das primeiras cidades brasileiras a implantar um sistema de coleta seletiva de lixo (Programa lixo que não é lixo) com um sistema abrangente de reciclagem.

Vancouver é a maior cidade da província, localizada no sudoeste da Colúmbia Britânica, próximo à fronteira com os Estados Unidos. Com alta qualidade de vida, há mais de uma década está entre as dez melhores cidades do mundo para se viver, apesar do alto custo de vida. Apresenta grandes áreas verdes reservadas a parques com proteção ambiental, em uma geografia privilegiada, incluindo oceano, rios, lagos e montanhas dentro do perímetro urbano. Há uma grande preocupação com a preservação de recursos naturais, visível em bosques bem cuidados, sendo a cidade orientada para atender às necessidades de seus moradores, incluindo aqueles com mobilidade limitada. Vancouver tem uma pequena taxa de violência e acidentes de trânsito, sem um patrulhamento ostensivo. O índice de confiança na polícia é alto, notadamente com os *Mounties*, uma instituição nacional. Um excelente e integrado sistema de transporte público conecta todas as áreas, incluindo aeroportos e a região metropolitana, de maneira pontual, limpa e eficiente. A cidade possui amplas e largas avenidas em um estilo arquitetônico indefinido, mas funcional e focado nas necessidades dos moradores.

Geralmente os prédios são baixos, exceto no centro, ostentando onipresentes fachadas de vidro. Resíduos sólidos são coletados separadamente e reciclados. A alimentação saudável é estimulada, com informações espalhadas por toda a cidade, mesmo nas proximidades de locais que ofertam alimentos não saudáveis, embora contrastando com o alto custo daqueles. Bebidas alcoólicas são vendidas apenas em lojas especializadas e a altos preços. Coerentemente com o sistema público de saúde, e da mesma forma que observado em Cowichan Bay, diversas atividades de promoção da saúde são estimuladas, com grande participação social na formulação de políticas públicas. Vancouver também é uma cidade multiétnica, onde mais da

metade da população não tem o inglês como língua materna, com significativa proporção de chineses e indianos.

Após observação e análise, foi elaborado um quadro de equivalências, de acordo com Hancock (1997) e seus seis pontos chave e desafios para as próximas cidades saudáveis (Figura 2).

	GREVE IN CHIANTI	COWICHAN BAY	ANTÔNIO PRADO	CURITIBA	VANCOUVER
Parcerias intersetoriais	Governo local exercitando a governança em parcerias com diversas associações, especialmente e o conselho comunitário.	Parcerias entre agências do governo e companhias privadas.	Secretarias municipais desenvolvem projetos conjuntos.	Tradição em trabalhar pela integração do sistema urbano, em parcerias historicamente estabelecidas entre agências públicas.	Diversas parcerias entre o governo local, companhias privadas e instituições de ensino.
Envolvimento do governo local	Governo local envolvido mesmo depois de eleições para prefeito.	Governantes locais envolvidos com o movimento desde a adesão.	Atual administração trabalhando para retomar o projeto.	Governo municipal apoiando ações para construir uma cidade saudável.	Governo local interessado em manter a cidade saudável, independente do "rótulo".
Envolvimento da comunidade	Participação social principalmente e pelo Consiglio Comunale.	Participação comunitária em projetos do governo local.	Poucas pessoas informadas sobre Cittaslow e envolvidas sem saber.	Participação social basicamente pelos conselhos comunitários.	Participação da comunidade mais visível em nível de bairros.
Comunidades saudáveis e sustentáveis	Pessoas preocupadas com ambiente público e privado.	Integração do meio ambiente natural e construído.	Pessoas mais preocupadas com ambiente privado.	Contrastes entre o centro e os bairros em arquitetura e limpeza.	Sem distinção entre o ambiente público e privado.
Comunidades sustentáveis, seguras, habitáveis, verdes e totais	Presença visível e positiva da polícia; poucas áreas verdes na cidade.	Ausência de polícia; grandes áreas verdes.	Carros abertos (senso de confiança); grandes áreas verdes.	Pessoas preocupadas com segurança; grandes áreas verdes.	Pessoas comprometidas com a segurança da comunidade; grandes áreas verdes.
Do desenvolvimento	Desenvolvimento humano.	Desenvolvimento humano.	Desenvolvimento	Desenvolvimento	Desenvolvimento humano.

econômico para o humano			econômico.	econômico.	
--------------------------------	--	--	------------	------------	--

Figura 2 – Quadro de equivalências segundo os seis pontos chave das próximas cidades saudáveis (adaptado de Hancock 1997).

A Figura 3 mostra um quadro de equivalências elaborado a partir dos “5 D e 1P” (Campoli, 2012). Alta diversidade permite maiores opções. Densidade maior proporciona mais ofertas de trabalho e oportunidades em uma área, além de oferecer aos moradores maior mobilidade para diferentes destinos, diminuindo a necessidade de deslocar-se a grandes distâncias. Uma menor distância ao trânsito é ideal por diminuir a caminhada. Um alto design torna a caminhada mais agradável. Baixa acessibilidade ao destino é melhor porque poupa tempo entre dois ou mais pontos, e no mesmo sentido baixa (e difícil) opção de estacionamento promove o uso de transporte público e caminhadas.

	GREVE IN CHIANTI	COWICHAN BAY	ANTÔNIO PRADO	CURITIBA	VANCOUVER
Diversidade	Média	Média	Média	Alta	Alta
Densidade	Média	Baixa	Baixa	Alta	Alta
Distância ao trânsito	Média	Média	Média	Curta	Curta
Design	Alto	Alto	Médio	Baixo	Alto
Acessibilidade do destino	Alta	Alta	Alta	Baixa	Baixa
Parking	Alto	Médio	Alto	Médio	Muito baixo

Figura 3 – Quadro de equivalências segundo os “5 D e 1 P” (adaptado de Campoli, 2012).

5.4 DISCUSSÃO E ANÁLISE

Dificuldades em demonstrar resultados epidemiológicos positivos em intervenções comunitárias têm sido amplamente estabelecidas, e avaliar a relação entre resultados positivos em saúde e cidades saudáveis não é exceção (Baum *et al.*, 2006; O’Neill e Simard, 2006; DeLeeuw, 2009; Ison, 2009; Tsouros, 2009; DeLeeuw, 2012). Essas dificuldades podem ser causadas por: curtos períodos de intervenção, porque o processo é muito longo; pouca atenção dada a fortes tradições, o que pode ser entendido pela população como uma imposição; abordagens metodológicas inapropriadas, como métodos quantitativos; e o tamanho das cidades, sendo a avaliação mais complexa em grandes centros populacionais.

A maioria dos métodos clássicos de pesquisa, como entrevistas com a população, torna-se inútil quando se pretende observar a dinâmica da vida local na

totalidade de um grupamento humano. É preciso evitar ver o indivíduo como uma metáfora da sociedade, sendo melhor observar os indicadores comunitários e ambientais, o processo de formação e avaliação, identificando e envolvendo líderes comunitários, buscando identificar até que ponto as pessoas adotam a promoção da saúde e prevenção como um tema (Durham, 1986; Magnani, 1999; Kegler *et al.*, 2000).

Antropólogos sociais contemporâneos estão menos propensos a embrenhar-se em selvas remotas ou ilhas isoladas, preferindo explorar as culturas de cidades e comunidades modernas, tentando resolver problemas que interferem na qualidade de vida e na duração da vida e da saúde. A abordagem teórica e racional para esta pesquisa foi baseada na antropologia social, uma ciência social que busca comparar e compreender a alteridade sociocultural, expressada por comportamento, mitos, rituais, técnicas e conhecimentos das sociedades (Geertz, 2001; Velho e Kuschnir, 2003; Lévi-Strauss, 2008).

A comparação, enquanto componente de atividade cognitiva, é inerente ao processo de construção do conhecimento em ciências sociais. A lógica comparativa permite descobrir irregularidades, realizar deslocamentos e transformações, e identificar similaridades e diferenças. O pesquisador precisa considerar as inconsistências na descrição de uma cidade saudável para poder entender por que a experiência “fracassada” não produziu a esperada revolta entre a população local, onde o conformismo e a alienação podem ser sinais de resistência a mudanças (Cardoso, 1986; Schneider e Schmitt, 1998).

Esse tipo de comparação não pressupõe que determinados caminhos ou comunidades sejam melhores que outros. Trabalho de campo é um elemento essencial para aprender sobre comunidades, sem avaliar seus sucessos ou fracassos. Há, portanto, um desequilíbrio entre a capacidade de identificar problemas e a habilidade para resolvê-los. Quando julgamos um grupo como exclusivamente governado por suas necessidades orgânicas ou econômicas, sem uma estrutura racional, não percebemos que ele nos dirige a mesma censura, baseado em nossas diferenças, e que para ele seus próprios desejos parecem mais bem balanceados que os nossos (Geertz, 2001; Lévi-Strauss, 2008).

A abordagem socioantropológica para avaliar Cidades Saudáveis e Cittaslow exigiu especial atenção para explicações locais e alternativas para a percepção de problemas. Quando examinado dentro do contexto sócio-histórico, a percepção dos problemas ou características negativas dentro de uma cidade pode ser realmente irrelevante para sua saúde e bem-estar. Da mesma forma, o próprio contexto sócio-histórico pode revelar nuances de saúde e bem-estar. Assim, sob a abordagem socioantropológica, o lixo acumulado nas ruas de Antônio Prado não significa, necessariamente, falta de civilidade dos moradores; eles podem estar produzindo lixo em quantidades crescentes devido a novos padrões de consumo. O contraste na destinação do lixo entre a cittaslow brasileira, a canadense e a italiana pode significar que as duas últimas estão reduzindo proativamente a produção de lixo, o que resultaria em locais de coleta mais organizados. As ruas mal cuidadas justapostas a casas limpas e organizadas possibilitam demonstrar a ambiguidade do espaço social estabelecida por DaMatta (1997): a casa é individual, e reflete o perfil do morador, enquanto a rua é pública, o espaço do anonimato, logo, o espaço de ninguém.

Além disso, cidades são governadas por políticas sociais, tradições e costumes culturais, feitos e refeitos por quem lá vive. Assim, explicações para algumas características podem ser encontradas no meio ambiente construído. Por exemplo, a prática de atividade física depende de dois elementos fundamentais: acesso a áreas recreativas e proximidade aos serviços públicos. Algumas comunidades apresentam um índice mais alto de pessoas caminhando ou pedalando porque têm maior densidade, maior conectividade e compartilhamento de benefícios, com pistas exclusivas para pedestres e ciclistas. Também estão envolvidos, e servem de estímulo, o meio ambiente construído, o uso do solo, barulho, congestionamento do tráfego, poluição do ar, e áreas verdes (Montero-Souto, 2012). Em Curitiba foi observado um grande número de ciclistas, não apenas nas ciclovias e ruas comuns, mas até mesmo nas vias exclusivas para ônibus. Greve in Chianti tem toda a tradição do ciclismo italiano, praticado mesmo em clima ou terreno inóspitos. Vancouver e Cowichan Bay têm uma tradição semelhante. Porém em Antônio Prado o ciclismo é sensivelmente menor, possivelmente por ser um local montanhoso e pavimentado com paralelepípedos, o que desestimula pedalar. Aqui o

meio ambiente construído pode limitar a participação humana, mas com uma eficácia intrínseca em manter o perfil histórico.

Em outro exemplo da influência sociocultural no ambiente urbano, um observador exógeno, não habituado à agitação das cidades, poderia considerar insanidade a alta velocidade dos carros em um trânsito congestionado no centro de uma grande cidade ou rodovia. E provavelmente seja insano, quando coloca face a face não leis naturais, mas sistemas de forças naturais, humanizadas pela intenção dos motoristas, e motoristas transformados em forças naturais pela energia física da qual são mediadores. Não é mais a ação de um agente sobre um objeto inerte, mas, contrariamente, a ação de um objeto elevado ao papel de agente (Lévi-Strauss, 2008). Entretanto, um grande número de carros por quilômetro quadrado não significa necessariamente um trânsito caótico, conforme observado em Cowichan Bay, onde a velocidade máxima de 60 quilômetros é respeitada, sendo os motoristas ainda agentes, e não objetos da ação. Curitiba, comparada com Cowichan Bay, tem um total desequilíbrio no transporte privado, com políticas federais de financiamento para a aquisição de veículos. Comprar um carro, mesmo que seja usado, tem uma representação totêmica de mobilidade na escala social. Ainda existe uma espécie de pudor em usar transporte público, mesmo que seja de boa qualidade, o que contrasta com a realidade de Vancouver, onde a maioria prefere deixar o carro em casa, optando por *skytrain*, *seabus* ou ônibus, desafogando o tráfego e respeitando o meio ambiente.

Montero-Souto (2012) demonstrou que áreas naturais preservadas nas vizinhanças de metrópoles têm um efeito positivo no bem-estar social e psicológico. Sob esta perspectiva, ambientes naturais podem ser interpretados como uma espécie de restauração psicológica. Infelizmente, poucas pessoas se beneficiam dessas vantagens, pois o contato com esses ambientes são frequentemente restritos, devido à distância ou pela rotina de trabalho. Isto é especialmente verdadeiro em cidades maiores, como Curitiba. Em cidades pequenas o acesso está disponível em uma curta caminhada.

Referente à segurança pública, Cidades Saudáveis e Cittaslow podem facilitar a responsabilidade da vizinhança ao estimular novas formas de participação e controle nas políticas públicas. Em Vancouver a população mantém vigilância nas

redondezas, não apenas para sua própria segurança, mas também zelando pelos vizinhos, e alerta a polícia se um estranho suspeito aparecer por perto. Nas cidades menores deste estudo, pessoas estranhas são vistas de forma menos suspeita. É possível que em cidades grandes, como Vancouver, as pessoas interajam nos limites de suas casas ou de pequenos grupos familiares, percebendo apenas a comunidade mais próxima e suspeitando de intrusos pela vizinhança (Lévi-Strauss, 2008, Montero-Souto, 2012).

Pode-se ainda afirmar que ao avaliar cidades não devemos considerar ambientes sociais como passivos e independentes; eles são definidos por técnicas e modos de vida da população. Um homem em Cowichan Bay, com pouco tempo disponível para o almoço, e premido pela chegada iminente do barco de pesca, irá comprar um alimento industrializado e pronto para consumo. Um cidadão de Antônio Prado, onde há pouca calefação industrializada, não pensará duas vezes para cortar uma árvore. E o morador de Greve in Chianti, que reclama da distância dos coletores de lixo, sentir-se-á tentado a queimar uma pequena quantidade de lixo no quintal de sua casa. Assim, é necessário considerar as ações dos “nativos” em relação ao seu específico microcosmo, levando-se em conta suas necessidades individuais. Sem políticas que apoiem, ou com políticas que não apoiem, fica difícil para as pessoas, especialmente as mais vulneráveis, beneficiarem-se do conhecimento existente (Lévi-Strauss, 2008; WHO, 2005). No sentido da empatia para com os nativos, Geertz (2001) pode ser parafraseado: uma pesquisa que começou como uma investigação sobre o papel das pessoas nas cidades, em uma comparação mecânica, evoluiu para um estudo de produção de significados e suas complexidades.

Algumas características únicas entre as cidades deste estudo podem ser consideradas obsoletas ou inconsistentes por um estranho, mas elas têm explicações locais e racionais relevantes. Por exemplo, a madeira, atualmente considerada como um material inferior no Brasil, é amplamente utilizada em soluções criativas e estruturais em Antônio Prado, provavelmente por ser um material abundante naquela região. A manutenção da pesca artesanal em Cowichan Bay, a despeito de modernas tecnologias, ajuda a manter o equilíbrio da fauna marinha e tradições ancestrais. O obsessivo número de parques e áreas verdes em Curitiba pode ser uma forma de compensar a ausência de praias, um tema

recorrente no imaginário brasileiro. A presença constante de pedras em Greve in Chianti, ainda usada em novas construções e na restauração de antigas, algumas datando da primeira Renascença, mantém o valor histórico, apesar do alto custo e da demora no processo. E as repetidas fachadas de vidro no panorama urbano de Vancouver se justificam pelas infinitas possibilidades de reciclagem desse material, em uma forma sustentável.

Estes exemplos reafirmam que uma cidade só pode ser compreendida no contexto social de sua comunidade, reconhecendo sua história real, tradições, cultura local e dinâmica sempre mutável. Portanto, é impossível mitificar a saúde urbana por abstrações (como o local perfeito para se viver), porque as cidades, mais do que seus rótulos (Cidade Luz, Cidade Sorriso, etc.) ou estruturas físicas, são feitas e refeitas por seus moradores. Com respeito à saúde desses moradores, algumas dessas aparentes inconsistências e anomalias têm um impacto, tanto positivo quanto negativo, sobre os determinantes sociais da saúde.

5.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação à ordem social e comunitária, mudando do nível individual para o coletivo, Cidades Saudáveis e Cittaslow melhoram a capacidade de comunidades identificarem e resolverem problemas. Escolhas individuais a respeito da saúde e bem-estar são mais fáceis em ambientes saudáveis e é por isso que o desenvolvimento de cidades saudáveis é importante para o enfrentamento às condições crônicas. De acordo com a OMS (2010), na segunda metade do século 21 a proporção de pessoas da África, Ásia e América Latina vivendo em áreas urbanas vai passar de 16% para 50%. A urbanização expõe as pessoas a novos produtos, tecnologias, e propaganda de alimentos não saudáveis. O crescimento urbano desordenado diminui a prática de atividade física por desestimular caminhadas ou ciclismo. Embora algumas cidades se distanciem dos Movimentos Cidades Saudáveis e Cittaslow, especialmente em períodos de mudança de líderes (como por exemplo, prefeitos), algumas práticas permanecem: depois que mudam seus hábitos, as pessoas continuam a agir de forma mais saudável, embora não se apercebam disso.

Uma cidade saudável não é um resultado final, mas um processo contínuo, e deve ser pensado como a construção da saúde urbana por meio do despertar da consciência social. Os obstáculos para alcançar o objetivo são menos de ordem

técnica ou financeira, e mais de participação pública e governança. Particularmente, depende de comprometimento político e da sociedade.

Cidades saudáveis podem ser adaptadas a diferentes lugares e tempos, e como as cidades e comunidades mais saudáveis irão se estabelecer no futuro será muito diferente do que já foi feito. Da mesma forma, como as cidades têm estruturas diferentes e evoluem em diferentes formatos, é impossível estabelecer uma escala padrão para avaliação. É muito mais produtivo seguir o método socioantropológico, considerando cada cultura (cidade) como uma entidade única e somente passível de avaliação em seu próprio contexto. Ao invés de coletar e examinar apenas dados convencionais, como o número de pessoas diabéticas em tratamento, em um esforço para conseguir resultados imediatos, como taxas de hemoglobina glicada, avaliar o processo em seu próprio contexto fornece valiosos indicadores intermediários de sucesso, tais como as pessoas mudando para hábitos mais saudáveis. Isto, aliado à capacidade associativa para resolver problemas, é um trunfo para a saúde comunitária como um todo e para o enfrentamento às condições crônicas.

REFERÊNCIAS

- Ashton, J. Healthy cities. (1992) Open University Press; UK.
- Awofeso, N. (2003) The Healthy Cities approach - reflections on a framework for improving global health. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(3). Available at www.who.int/bulletin access on 02-26-2013.
- Baum, F.; Jolley, G.; Hicks, R.; Saint, K. and Parker, S. (2006) What makes for sustainable Healthy Cities initiatives?—a review of the evidence from Noarlunga, Australia after 18 years. *Health Promotion International*, 21(4).
- Bloom, D.E.; Cafiero, E.T.; Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S.; Bloom, L.R.; Fathima, S. *et al.* (2011) The global economic burden of non-communicable diseases. World Economic Forum, Geneva. Available at www.weforum.org/EconomicsOfNCD access on 12-15-2012.
- Campoli, J. (2012) Made for walking: density and neighborhood form. Lincoln Institute of Land Policy; Cambridge, Mass.
- Cardoso, R. (1986) Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método, in A aventura antropológica: teoria e pesquisa. Cardoso R, (org). Paz e Terra; Rio de Janeiro.
- Cittaslow. (2011) Official website. Available at <http://www.cittaslow.org/section/association> access on 06-03-2011.
- DaMatta, R. (1997) A casa e a rua. Editora Rocco; Rio de Janeiro.
- DeLeeuw, E. (2009) Evidence for Healthy Cities: reflections on practice, method and theory. *Health Promotion International*, 24(No.S1).
- DeLeeuw, E. (2012) Evaluating WHO Healthy Cities in Europe: Issues and perspectives. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. doi:10.1007/s11524-012-9767-6.
- Durham, E.R. (1986) A pesquisa antropológica com populações urbanas: problemas e perspectivas, in A aventura antropológica: teoria e pesquisa. Cardoso, R. (org). Paz e Terra; Rio de Janeiro.
- Eckert, C. and Rocha, A.L.C. (2008) Etnografia: Saberes e Práticas. *Iluminuras*, 9(21).
- Geertz, C. (2001) Nova luz sobre a Antropologia. Jorge Zahar; Rio de Janeiro.
- Hancock, T. (1993) The evolution, impact and significance of the Healthy Cities/Health Communities Movement. *Journal of Public Health Policy*. 14(1).
- Hancock, T. (1997) Healthy cities and communities: past, present and future. *National Civic Review*; 86(1):11-21.
- Hancock, T. (2000) Healthy Communities must also be sustainable communities. *Public Health Reports*; (115):151-156.

Ison, E. (2009) The introduction of health impact assessment in the WHO European Healthy Cities Network. *Health Promotion International*, 24(No.S1).

Kegler, M.C.; Twiss, J.M. and Look, V. (2000) Assessing community change at multiple levels: the genesis of an evaluation framework for the California Healthy Cities Project. *Health Education & Behavior*, 27(6):760-779.

Lévi-Strauss, C. (2008) O pensamento selvagem. Papirus 8^a ed, Campinas, SP.

Loi, M.; Del Savio, L. and Stupka, E. (2013) Social epigenetics and equality of opportunity. *Public Health Ethics*, 6(2):142-153.

Magnani, J.G.C. (1999) As cidades de tristes trópicos. *Revista Antropológica*, São Paulo, (42)1-2.

Magnani, J.G.C. (2002) De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 17(49).

Mendes, E.V. (2011) As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Brasília.

Montero-Souto, P. (2012) The urban question in the new millennium, in *Pedagogía social, ciudadanía y vida urbana: realidades y perspectivas educativas de la sostenibilidad em las ciudades españolas*. Departamento de Teoría de la Educación, Historia de la Educación y Pedagogía Social, Universidad de Santiago de Compostela. Available at http://dspace.usc.es/bitstream/10347/6084/1/rep_225.pdf access on 07-14-2012.

O'Neill, M. and Simard, P. (2006) Choosing indicators to evaluate Healthy Cities projects: a political task? *Health Promotion International*, 21(2).

PAHO - Pan American Health Organization. (2011) Non-communicable diseases in the Americas: building a healthier future. PAHO, Washington, D. C. Available at http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14832&Itemid= access on 02-15-2012.

Petersen, A.K.; Zeilinger, S.; Kastenmüller, G.; Römisch-Marg, W.; Brugger, M.; Peters, A. *et al.* (2013) Epigenetics meets metabolomics: an epigenome-wide association study with blood serum metabolic traits. *Human Molecular Genetics*, (20) 1-12.

Radstron, S. (2011) A place sustaining framework for local urban identity: an introduction and history of Cittaslow. *IJPP Italian Journal of Planning Practice*, 1(1).

Schneider, S. and Schmitt, C.J. (1998) O uso do método comparativo nas Ciências Sociais. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, (9)49-87.

Tasca, R. (coord.) (2011) Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília.

Tsouros, A. (2009) City leadership for health and sustainable development: The World Health Organization European Healthy Cities Network. *Health Promotion International*, 24(No.S1).

Velho, G. and Kuschnir, K. (2003) (orgs.) *Pesquisas urbanas: desafios do trabalho antropológico*. Jorge Zahar; Rio de Janeiro.

WHO - World Health Organization. (2011) WHO - *Global status report on non-communicable diseases 2010*. Italy, WHO Library. Available at http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ access on 06-21-2011.

WHO - World Health Organization - Regional Office for Europe. (2013) *Healthy Cities*. Available at <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities> access on 02-26-2013.

Zaferatos, N.C. and Benetatos, T. (2008) *Establishing Sustainable Community Development Connections in the Mediterranean Region*. ANNA LINDH FOUNDATION No ALF/2007/CFP2/F/54. Available at http://www.awish-hellas.org/awish/userfiles/1/file/PDF/Case_Study_Report.pdf access on 11-28-2013.

Zeilinger, S.; Kuhnel, B.; Klopp, N.; Baurecht, H.; Kleinschmidt, A.; Gieger, C. *et al.* (2013) Tobacco smoking leads to extensive genome-wide changes in DNA methylation. *PLoS One*, 8(5):p.e63812.

Escrever é fácil: você começa com
uma letra maiúscula e termina com um ponto
final. No meio, você coloca ideias.

Pablo Neruda (1904-1973)

6. ARTIGO 3

(Artigo submetido à Revista Pan-Americana de Saúde Pública em 31/12/2013. Resumo deste artigo foi apresentado na IADR/AADR/CADR General Session & Exhibition in Seattle, USA em 20-23 de março de 2013).

PESQUISA AVALIATIVA SOBRE INOVAÇÕES NA ATENÇÃO ÀS DOENÇAS/CONDIÇÕES CRÔNICAS EM CURITIBA, BRASIL

EVALUATIVE RESEARCH ABOUT INNOVATIONS IN CARE FOR CHRONIC DISEASES/CONDITIONS IN CURITIBA, BRAZIL

RESUMO

Intervenções visando inovações e melhorias em saúde são ações complexas que envolvem gestores, técnicos e pessoas usuárias dos serviços; são multifacetadas e frequentemente mobilizam disputas face aos poderes instituídos, resultantes de pontos de vista, expectativas e capacidades de diferentes atores. Essa complexidade exige que a abordagem metodológica permita avaliar não somente se a intervenção alcançou seus objetivos em termos de resultados e impacto, mas também compreender o fundamento das ações e os desdobramentos contextuais vinculados ao processo político e social que fazem com que a intervenção funcione ou não. Esta pesquisa avaliou, em abordagem quantitativa, a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas em treze Unidades Básicas de Saúde de Curitiba, Brasil. Como instrumentos de avaliação foram utilizados o *Assessment for Chronic Illness Care* e o *Patient Assessment for Chronic Illness Care*. A partir das dimensões analisadas foi possível identificar não apenas uma estreita associação entre as mudanças ocorridas e a implantação do modelo, mas também uma contribuição deste nas novas ações propostas. Algumas mudanças que podem ser atribuídas à implementação do modelo são o cuidado compartilhado e o autocuidado. As maiores variações ocorreram em Adesão ao Tratamento e Coordenação da Atenção ao Acompanhamento, porém uma análise que estabeleça nexos causais só seria possível depois de transcorrido um tempo maior da implantação, com um seguimento longitudinal.

PALAVRAS CHAVE: Pesquisa avaliativa. Condições crônicas. Atenção primária em saúde. Autocuidado. Cuidado compartilhado.

ABSTRACT

Interventions aiming to innovations and improvements in health are complex actions which involve managers, technicians and users of a health system. These interventions are multifaceted and often mobilize quarrels before institutions' powers, arising from points of views, expectations and capabilities of different actors. This complexity requires a methodological approach to assess not only whether the intervention achieved its objectives in terms of outcomes and impact, but also understand the basis of the actions and contextual developments linked to the political and social process which make the intervention useful or not. This study evaluated, in a quantitative approach, the deployment of a Chronic Conditions Model in thirteen Basic Health Units in Curitiba, Brazil. As evaluation tools were utilized the *Assessment for Chronic Illness Care* and the *Patient Assessment for Chronic Illness Care*. From the analyzed dimensions was possible to identify not only a close

association between the changes that occurred with the implementation of the model, but also its contribution in the new proposals. Some changes that can be attributed to the implementation of the model are shared care and self-care. The biggest changes occurred in Adherence to Treatment and Coordination of Care Monitoring, but an analysis to establish causal links will be possible only after a longer elapsed time of implantation, with a longitudinal follow-up.

KEYWORDS: Evaluative research. Chronic conditions. Primary health care. Selfcare. Shared care.

6.1 INTRODUÇÃO

Desde a década de 1960, o setor saúde vem enfrentando uma carga extra de necessidades e demandas com as doenças não transmissíveis e condições crônicas. Essas doenças/condições crônicas (D/CC) são responsáveis por aproximadamente dois terços das mortes que ocorrem no mundo, e na região das Américas um quarto dessas mortes acomete pessoas com menos de 60 anos. Essa situação é causada por mudanças demográficas, econômicas, sociais, epidemiológicas e nutricionais, em paralelo aos novos desafios impostos pelo envelhecimento populacional. Na América Latina e Caribe as pessoas com mais de 60 anos representam 10% da atual população, e até 2050 esse número deve subir para 25% (1-2).

É importante sublinhar que doenças tipicamente classificadas como crônicas levam a condições crônicas (CC), mas a cronicidade também ocorre com outras doenças, incapacidades e condições de longa (ou permanente) duração. Entre elas, cegueira, surdez, algumas doenças congênitas, outras transmissíveis, como HIV/AIDS e tuberculose. A mesma lógica se aplica às condições ligadas à maternidade e ao período perinatal; aos ciclos da vida, como adolescência e velhice; aos transtornos mentais persistentes; às deficiências físicas contínuas e estruturais; às doenças metabólicas; e à grande maioria das doenças bucais (3).

O impacto das D/CC não pode ser atribuído somente ao aumento da longevidade, pois mudanças significativas na estrutura das sociedades e no estilo de vida são importantes determinantes de risco e de doenças em qualquer idade. Embora as D/CC não sejam transmissíveis, os fatores de risco que as causam podem ser “transmitidos” por comportamentos individuais e estilos de vida coletiva, socialmente adotados como padrões. Na maioria das vezes tais padrões compõem o

substrato cultural de uma época e de um grupo social, com a eventual alavancagem dos veículos de comunicação operando pelo poder de persuasão. E esse “contágio” sociocultural se espalha mundialmente em proporções epidêmicas (2, 4).

As D/CC têm entre suas principais causas proximais quatro fatores de risco: fumo, dieta não saudável, sedentarismo e consumo abusivo de álcool. Intervenções em nível populacional apresentam maior efetividade para neutralizar/reduzir tais riscos e a carga das doenças decorrentes. Em países pobres as D/CC têm apresentado um ritmo de crescimento maior que nos países ricos. Esta situação é extremamente preocupante, pois a maioria dos países pobres continua a enfrentar altas taxas de doenças transmissíveis, em uma tripla carga de problemas, se for acrescentado o volume de causas externas (violências e outros agravos) nesta equação epidemiológica. Isto cria necessidades complexas que os sistemas de saúde não têm conseguido administrar e financiar adequadamente (3, 5).

A solução para este panorama seria restaurar a consistência lógico-organizativa entre o perfil dominante das condições de saúde e as formas de enfrentamento que compete aos sistemas de saúde resolver. A crise contemporânea dos sistemas de saúde reflete o impasse trazido por uma situação epidemiológica dominada por D/CC e sistemas de saúde organizados principalmente para o enfrentamento de doenças/condições agudas. É essencial uma mudança de lógica para implantar uma nova organização dos sistemas de saúde que respondam simultaneamente a um duplo desafio: a) às condições agudas e eventos agudos das D/CC, em redes estruturadas de urgência/emergência; b) às D/CC, com Redes de Atenção à Saúde, coordenadas pela Atenção Primária, em um monitoramento contínuo e proativo (3, 6).

O perfil epidemiológico das D/CC em Curitiba corresponde à evidente transição demográfica. Em 1980 o percentual de pessoas com mais de 60 anos era de 5,8%, passando a 10,8% em 2008. As doenças do aparelho circulatório ocupam a primeira causa de óbitos no município, seguidas de neoplasias, de causas externas e de doenças respiratórias. Nos últimos anos, houve uma redução dos coeficientes de mortalidade por doenças infectoparasitárias, afecções do período perinatal e doenças circulatórias. Por outro lado houve um incremento dos óbitos por neoplasias e por causas externas (7).

A população curitibana vem experimentando estilos de vida urbanizados, especialmente frente a mudanças de consumo alimentar e atividade física, combinados com a influência deletéria do tabagismo, do álcool, do estresse da mobilidade e do escasso tempo para lazer. Isto têm repercutido no aumento e agravamento das D/CC, especialmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Diabete Mellitus Tipo 2 (DM2) e o aumento de transtornos de humor, como a Depressão. A urbanização acelerada e os modos de ser e agir da atualidade têm deflagrado uma tendência genérica do aumento das violências em geral, especialmente no trânsito e as interpessoais. Por fim, ainda persistem algumas doenças infectocontagiosas, aliadas ao crescimento das doenças crônicas e das causas externas, que caracteriza Curitiba como uma típica cidade com tripla carga de doenças (3, 7).

Coerente com as mudanças que ocorrem na população e com o aumento da prevalência das D/CC, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMSC) decidiu inovar nas tecnologias para o enfrentamento às D/CC na APS. A principal proposta foi integrar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, e qualificação do cuidado e assistência com a instalação do Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas (LIACC) no período 2010-2012. Há tempos Curitiba tem se preocupado com a mudança do modelo assistencial, com ações e estratégias para enfrentar o desafio da nova realidade que afeta os sistemas de saúde em nível mundial. De caráter inovador, a mudança do modelo de atenção reforçou o enfoque, a centralidade e a coordenação do cuidado da APS no trabalho em rede, e propôs o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Neste modelo, o desenho da intervenção baseia-se na educação permanente; no suporte à decisão em saúde com base em diretrizes clínicas baseadas em evidências; no atendimento compartilhado, no plano de autocuidado e em tecnologias de mudança comportamental sustentada; e no apoio matriciado da clínica médica, de enfermagem e odontológica (8, 9).

Como as D/CC compreendem problemas complexos, seu enfrentamento exige solução sistêmica. O projeto curitibano está apoiado na proposta de Mendes (3) que introduz os elementos do MACC, desenvolvido a partir da integração dos princípios de três modelos: o Modelo de Atenção Crônica proposto pelo *MacColl Institute for Health Care Innovation*; o Modelo da Pirâmide de Riscos proposto pela

Kaiser Permanente; e o Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead (10).

Esta pesquisa teve o objetivo de avaliar a implantação do MACC em unidades prestadoras de APS em Curitiba, Brasil, em dois momentos distintos: linha de base e resultados após um ano de implantação.

6.2 MÉTODO

Pesquisa avaliativa com abordagem quantitativa, em um desenho de avaliação de processo, ou “a posteriori”, desenvolvida em treze UBS de Curitiba, escolhidas por conveniência em função de sua similaridade estrutural e operacional.

No período 2010-2012 a Rede de Atenção à Saúde de Curitiba estava centrada na APS, com Distritos Sanitários (DS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), organizada para a atenção integral à saúde (promoção, prevenção e assistência). Essa Rede é estruturada em nove DS, contando com 108 UBS com clínicas odontológicas, sendo 55 UBS com Estratégia de Saúde da Família (SF), três UBS convencionais com especialidades, oito Centros Municipais de Urgências Médicas (CMUM), oito Unidades de Saúde Especializadas, 10 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dois Hospitais Municipais e um Laboratório Municipal, além de contar com vários serviços conveniados. A estrutura de serviços hospitalares é composta por 79 hospitais, sendo 35 gerais, 27 especializados e 17 Hospitais-dia na Rede de Saúde Mental. Destes, 22 estabelecimentos são credenciados ao SUS, oito CMUM, quatro públicos, três universitários e dois municipais, totalizando 3.673 leitos disponíveis ao Sistema Único de Saúde (SUS). Nos serviços ambulatoriais conveniados busca-se garantir a integralidade da atenção, com base nas necessidades dos usuários, ofertando-se serviços especializados. Na estrutura física das UBS de Curitiba destaca-se o “Espaço Saúde”, com aproximadamente 60 m² destinados às ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, reuniões e dinâmicas de grupo. Outro destaque é a incorporação de tecnologias de informação, como o prontuário eletrônico integrado em rede. Essas inovações têm sido implantadas para melhorar a qualidade da atenção e o conforto de usuários e profissionais de saúde (7).

No processo de seleção/inclusão das Unidades estudadas foram consideradas características convergentes, tais como existência da Estratégia Saúde da Família, número de equipes por UBS, número de Agentes Comunitários de Saúde, população da área de abrangência, número de domicílios na área de abrangência, presença de Núcleo de Apoio à Atenção Primária em Saúde (NAAPS), população cadastrada, número de usuários da UBS e perfil da comunidade assistida. Posteriormente, essas unidades foram divididas aleatoriamente em uma Unidade Piloto, um grupo controle (seis UBS) e um grupo de intervenção (também seis UBS).

Para avaliar a percepção dos profissionais sobre a capacidade institucional para a atenção às D/CC, e a percepção das pessoas usuárias sobre o processo de atenção, foram aplicados, primeiro em linha de base e depois de um ano, os instrumentos propostos pelo *MacColl Institute for Health Care Innovation* (11): a) o *Assessment for Chronic Illness Care* (ACIC) e b) o *Patient Assessment for Chronic Illness Care* (PACIC), os quais foram previamente submetidos a um processo de validação transcultural, conforme padrões internacionais (12). As variações nos valores obtidos nas duas aplicações subsequentes dos instrumentos foram utilizadas como indicadores de mudanças nas dimensões avaliadas.

Para o ACIC as dimensões são: Organização da atenção à saúde, Articulação com a comunidade, Autocuidado apoiado, Suporte à decisão, Desenho do sistema de prestação de serviços, Sistema de informação clínica, e Integração dos componentes do MACC, com valores de 0 a 11. Quanto ao PACIC as dimensões são: Adesão ao tratamento, Modelo de atenção/tomada de decisão, Definição de metas, Resolução de problemas/contextualização do acompanhamento, e Coordenação da atenção ao acompanhamento, em uma escala Likert com valores de 1 a 5, (correspondentes a “nunca”, “poucas vezes”, “algumas vezes”, “muitas vezes”, e “sempre”).

Para o ACIC as equipes de saúde responderam em consenso, sem a presença de chefias. Para o PACIC estava previsto que as pessoas usuárias respondessem de próprio punho, porém o nível de escolaridade dos respondentes, inclusive alguns não alfabetizados, demandou ajuda dos pesquisadores, ficando

estabelecido que apenas as pessoas que se sentissem capazes responderiam de próprio punho.

A coleta de dados de linha de base ocorreu entre julho de 2011 e maio de 2012 em 13 UBS, envolvendo 21 Equipes de Saúde (ES) e 513 pessoas usuárias. No grupo controle foram 10 ES e 218 pessoas usuárias; no grupo de intervenção foram oito ES e 266 pessoas usuárias; e três ES e 29 pessoas usuárias na unidade piloto. A segunda onda de coleta de dados (seguimento após um ano) foi desenvolvida entre junho e agosto de 2013, nas mesmas treze UBS, envolvendo 30 ES e 390 pessoas usuárias, sendo 11 ES e 181 pessoas usuárias no grupo controle, 16 ES e 179 pessoas usuárias no grupo de intervenção, e três ES e 30 pessoas usuárias na unidade piloto.

Em linha de base a aplicação dos instrumentos ACIC e PACIC ocorreu quando as UBS já haviam tido oportunidade de discussão e apropriação do referencial teórico do MACC, embora o alinhamento conceitual ainda não se traduzisse em organização/mobilização efetiva para a ação, conforme proposto pelos idealizadores do instrumento (13). Este tempo foi considerado na avaliação, para possibilitar a captação de mudanças na percepção de profissionais e pessoas usuárias, já que o perfil e ritmo das equipes impuseram tempos diferentes para mobilização e vivência das novas tecnologias. Esse período teve o objetivo de possibilitar uma abordagem mais voltada para a promoção da saúde, e não apenas para um sistema de orientação clínica (14).

O tratamento estatístico foi realizado utilizando o programa SPSS 20, considerando pontuações médias das equipes e usuários, utilizando-se as dimensões de ambos os instrumentos como variáveis dependentes, as quais foram analisadas em relação às variáveis independentes “grupo” (controle e intervenção), “tempo” (linha de base e após um ano) e “grupo x tempo”, na exploração de eventuais interações relevantes para os objetivos avaliativos.

Primeiramente foi analisado se as variáveis apresentavam distribuição normal para os dois conjuntos de dados, considerando a interação grupo x tempo (4 tratamentos), aplicando-se o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Depois foi aplicado o Teste de Pearson para analisar a correlação entre as variáveis. Na sequência cada variável dependente foi analisada também na interação grupo/tempo

para estabelecer as estatísticas descritivas. Por último foi aplicado um teste de múltiplas comparações (Games-Howell), que permitiu analisar todos os possíveis tratamentos entre as variáveis dependentes e as independentes.

6.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O resultado do teste de Kolmogorov-Smirnov apresentou valor de p variando entre 0,09 e 0,22, mostrando uma distribuição normal da amostra. As estatísticas descritivas das variáveis mostraram um desvio padrão variando entre 0,66 e 2,68, demonstrando dispersão próxima da média.

A Tabela 1 apresenta os resultados do ACIC de acordo com as dimensões analisadas.

Tabela 1 – resultados do ACIC segundo as dimensões de avaliação

ACIC DIMENSÕES	GRUPO CONTROLE				GRUPO INTERVENÇÃO				ANOVA		
	MD	DV	MD1	DV1	MD	DV	MD1	DV1	$p1$	$p2$	$p3$
1) Organização de atenção à saúde	7,69	2,00	7,70	0,83	7,77	1,31	6,81	1,82	0,34	0,25	0,24
2) Articulação com a comunidade	7,66	2,06	6,64	1,28	6,34	2,24	6,69	1,55	0,21	0,51	0,18
3) Autocuidado apoiado	7,66	1,93	6,71	1,78	7,53	2,56	5,70	2,44	0,63	0,32	0,48
4) Suporte à decisão	7,53	2,68	5,72	1,59	6,57	2,56	5,70	2,44	0,45	0,06	0,47
5) Desenho do sistema de prestação de serviços	8,89	1,48	8,21	1,04	8,20	2,12	7,67	1,37	0,17	0,18	0,87
6) Sistema de informação clínica	8,12	2,54	7,42	1,78	6,80	3,35	6,56	3,35	0,11	0,49	0,74
7) Integração dos componentes do MACC	7,23	2,50	6,30	1,54	6,09	3,22	6,42	1,73	0,44	0,65	0,34

Legenda: (MD=média na linha de base; MD1=média após um ano; DV=desvio padrão em linha de base; DV1=desvio padrão após um ano; $p1$ =entre grupos; $p2$ =entre tempos; $p3$ =entre grupos e tempos).

Analisando-se todas as dimensões do ACIC entre grupos e tempos pela média, o grupo intervenção, após um ano, apresentou um ligeiro aumento, com significativo avanço na pontuação mínima, e uma menor variação, ou seja, maior precisão neste resultado estatístico perceptível pela redução na amplitude do intervalo de confiança (Figura 1). Ainda que não sejam estatisticamente significativos, tais resultados são apresentados porque apresentam tendências interessantes a serem destacadas, possivelmente evidenciando a percepção dos profissionais de uma melhora na atenção às condições crônicas. Deve-se considerar que nesse período

houve mudança da gestão municipal, com conseqüente mudança de diversos profissionais, inclusive chefias, o que poderia repercutir na avaliação da capacidade institucional pelas equipes de saúde. Ainda assim a pontuação média alcançou valor em torno de 7, o que corresponde a uma razoável capacidade para atenção às CC.

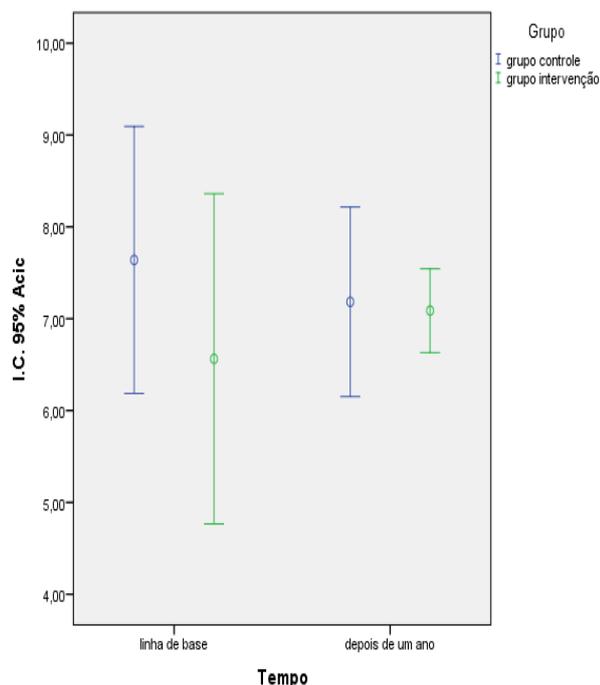


Figura 1 – Análise geral de todas as dimensões do ACIC segundo as pontuações médias.

Percebem-se diferenças tanto na avaliação total da capacidade institucional como também nas dimensões avaliadas em cada equipe de saúde, com a média variando entre 5,70 e 7,67 nas unidades de intervenção após um ano. Situação análoga foi observada por Bonomi et al (15), que encontraram médias inferiores (entre 4,36 e 6,42), porém com amplitudes semelhantes, sem que essas diferenças comprometam a eficácia avaliativa do ACIC.

Após um ano as variáveis dependentes que apresentaram aumento foram Articulação com a comunidade e Integração dos componentes do modelo de atenção. As equipes de saúde parecem ter melhorado aspectos quanto à Articulação com a comunidade em potencializar o envolvimento das pessoas no cuidado às D/CC. No seguimento de um ano, a pontuação dessa variável aumentou de 6,34 para 6,69 nas UBS de intervenção. Resultado semelhante ocorreu com Integração dos componentes, que passou de 6,09 para 6,42. Nas UBS controle todas as dimensões do ACIC tiveram redução após um ano, exceto Organização de atenção

à saúde, que se manteve praticamente inalterada. As Figuras 2 e 3 mostram o aumento das pontuações dessas variáveis no grupo intervenção, e sua redução no grupo controle, o que demonstra um resultado da capacidade inovativa do MACC. Também pode evidenciar as metas organizacionais e clareza das diretrizes de atenção programada às D/CC, além do reconhecimento da liderança institucional na prestação e na qualidade de serviços. Kaissi & Parchman (16), utilizando o ACIC apenas para diabetes tipo 2 em Unidades da APS, destacaram que Suporte à decisão e Desenho do sistema foram mais frequentemente correlacionados com qualidade do cuidado. Essa heterogeneidade nas correlações em diferentes estudos pode ser creditada às particularidades linguísticas na adaptação cultural e validação do ACIC ou ao perfil local dos sistemas de saúde (17).

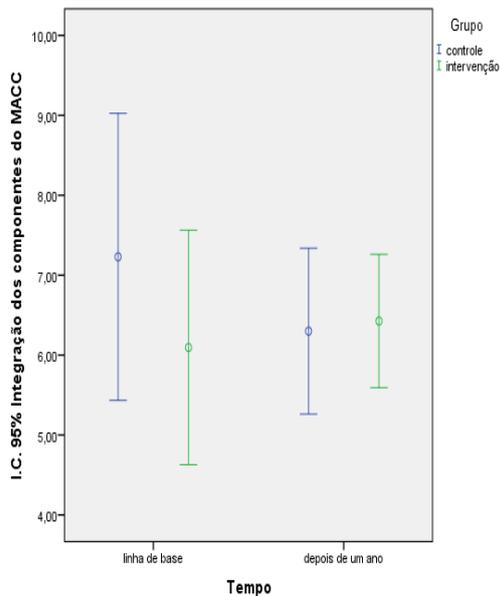


Fig. 2 – Articulação com a comunidade.

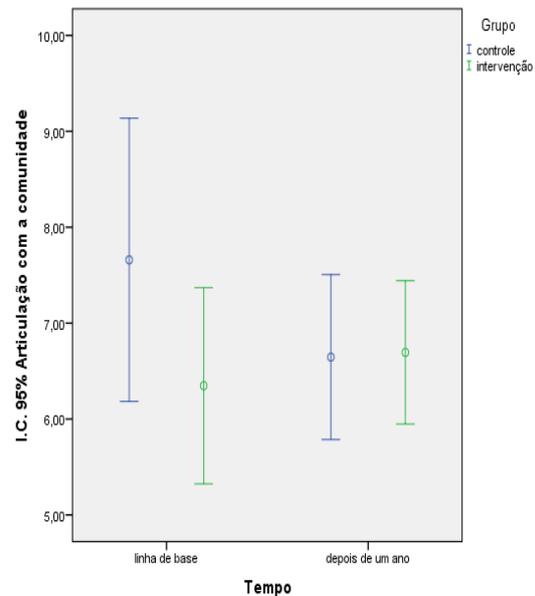


Fig. 3 – Integração dos componentes do MACC.

Nenhuma das variáveis do ACIC demonstrou significância estatística entre os grupos, tempos, ou grupo x tempo, com p variando entre 0,21 e 0,69. Pelo teste de Pearson a maior correlação observada (0,749) no ACIC foi entre Autocuidado apoiado e Integração dos componentes do MACC. No caso de algumas dimensões que apresentaram pequenas reduções, isso pode ser explicado pelo fato de algumas equipes acreditarem que ofertam uma atenção ótima às D/CC e depois perceberem que não é bem assim. Com o desenrolar do processo começam a familiarizar-se com o que um sistema de atenção efetivo envolve e isto aumenta a autocrítica. Com o tempo, sua compreensão sobre atenção integral aumenta e com a continuidade do

processo mudanças efetivas poderão ser observadas, com conseqüente melhoria da pontuação. Isso inclusive está explicitado pelo MacColl Institute e serve como estímulo para equipes que não tenham alcançado valores condizentes com seu desempenho esperado e o realmente observado. Constatações semelhantes foram registradas por outros pesquisadores em diversas regiões (18-19).

A percepção das pessoas usuárias quanto ao atendimento às D/CC foi analisada por meio do PACIC, cuja escala varia de 1 a 5. O instrumento foi aplicado nas próprias UBS, em grupos de hipertensos e diabéticos e observou-se relativa heterogeneidade quanto à percepção das pessoas usuárias. O PACIC demonstrou diferenças estatisticamente significantes ($p=0,00$) para o grupo intervenção no período após um ano (Tabela 2), com evidente aumento das pontuações mínimas, máximas e médias, o que pode ser interpretado como impacto positivo do MACC, segundo a percepção das pessoas usuárias (Figura 4).

Tabela 2 - resultados do PACIC segundo as dimensões avaliadas

PACIC DIMENSÕES	GRUPO CONTROLE				GRUPO INTERVENÇÃO				ANOVA		
	MD	DV	MD1	DV1	MD	DV	MD1	DV1	p1	p2	p3
1) Adesão ao tratamento	2,23	1,22	2,41	0,73	2,60	1,22	3,26	0,79	0,00	0,00	0,00
2) Modelo de atenção/ Tomada de decisão	3,38	1,19	2,86	0,66	3,49	1,04	3,73	0,70	0,00	0,02	0,00
3) Definição de metas	2,87	1,17	2,69	0,62	3,22	1,00	3,58	0,63	0,00	0,00	0,00
4) Resolução de problemas/ Contextualização do acompanhamento	2,25	1,26	2,54	0,60	2,86	1,23	3,45	0,67	0,00	0,00	0,02
5) Coordenação da atenção ao acompanhamento	2,80	1,21	2,71	0,81	2,92	1,10	3,62	0,81	0,00	0,00	0,00

Legenda: (MD=média na linha de base; MD1=média após um ano; DV=desvio padrão em linha de base; DV1=desvio padrão após um ano; p1=entre grupos; p2=entre tempos; p3=entre grupos e tempos).

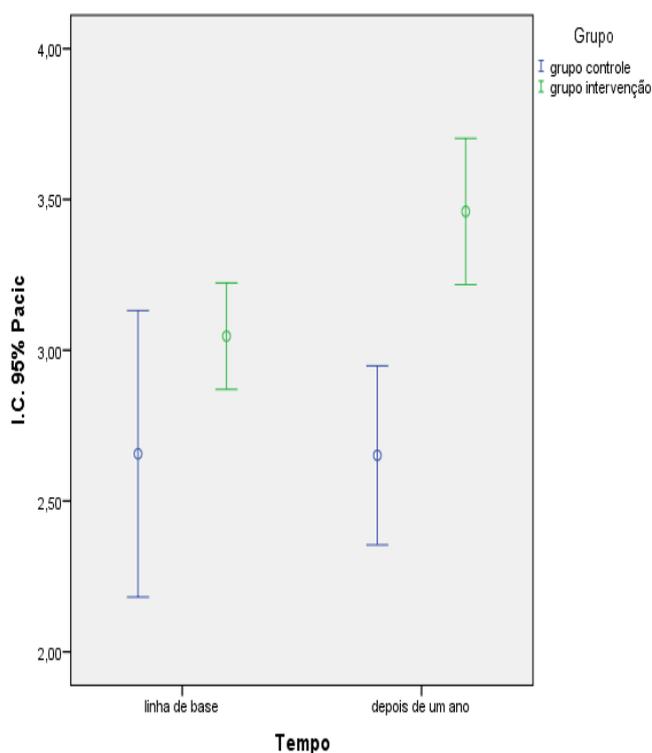


Figura 4 – Análise geral de todas as dimensões do PACIC segundo as pontuações médias

Na linha de base a pontuação das dimensões oscilou entre 2,23 e 3,49. As pontuações mais baixas foram observadas nas dimensões Adesão ao tratamento (2,23) e Resolução de problemas/contextualização do acompanhamento (2,25), ambas em linha de base e no grupo controle, aspectos relacionados à participação na definição do tratamento e reconhecimento de estratégias que apoiem mudanças de comportamento. Diversamente, Glasgow et al (20), em pesquisa apenas com diabéticos tipo 2, encontraram as menores pontuações em Modelo de atenção/Tomada de decisão e Coordenação da atenção ao acompanhamento.

Houve diferença estatisticamente significativa de todas as cinco variáveis entre grupos e tempo ($p < 0,001$). Esse resultado identificaria a melhor avaliação do MACC pelas pessoas usuárias do que pelas equipes de saúde. O teste de Pearson mostrou maior correlação (0,696) entre Modelo de atenção/Tomada de decisão e Definição de metas, possivelmente demonstrando a capacidade organizativa do MACC. Os resultados de linha de base permitiram perceber a necessidade de ampliação das oportunidades de envolvimento e participação dos usuários na atenção às suas D/CC, bem como maior suporte das equipes de saúde. Porém, ainda existe pouca informação que possa estabelecer uma relação direta entre as

dimensões do PACIC e a importância de medidas comportamentais, e de qualidade, para pessoas em condições crônicas (21).

Depois de um ano da implantação do modelo pontuações baixas foram observadas nas mesmas dimensões, porém com valores maiores, o que evidenciou melhoria tanto na Adesão ao tratamento (de 2,23 para 2,41) quanto na Resolução de problemas/contextualização do acompanhamento (de 2,25 para 2,54). Interessante notar que essas variações também foram encontradas em UBS do grupo controle, o que sinaliza uma possível “propagação” do MACC e “contaminação” dos grupos, pois algumas unidades controles estão geograficamente próximas de outras de intervenção, e seus profissionais em constante diálogo.

Se levarmos em consideração apenas as UBS de intervenção, a dimensão com maior pontuação teve aumento significativo: Adesão ao tratamento passou de 2,60 para 3,26 e Resolução de problemas/contextualização do acompanhamento de 2,86 para 3,45. Todas as UBS de intervenção apresentaram aumentos nas médias, sendo que Modelo de atenção/tomada de decisão foi a dimensão com menor incremento, passando de 3,49 para 3,73, o que ainda é uma média considerada boa. Isso pode sugerir que o sistema de cuidado do modelo anterior já era integrado e resolutivo, com as pessoas pouco se apercebendo da mudança, o que já fora salientado na literatura (22-23).

Adesão ao tratamento mostrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, tempos, e grupo x tempo, com $p=0,00$. A Figura 5 mostra que houve visível aumento das pontuações dessa variável em todos os momentos. Situação análoga ocorreu com Modelo de atenção/Tomada de decisão, com $p=0,00$ para grupos, e grupo x tempo, e $p=0,02$ para tempos. Já com a variável Definição de metas houve significância estatística apenas para grupos, e grupo x tempo ($p=0,00$), mas não houve para tempo ($p=0,14$). Resolução de problemas/Contextualização do acompanhamento mostrou diferença estatisticamente significativa com $p=0,00$ para grupos e tempos, e $p=0,02$ para grupo x tempo. Finalmente Coordenação da atenção ao acompanhamento apresentou diferença significativa entre grupos, tempos, e a interação grupo x tempo ($p=0,00$), comprovando a diferença observada entre grupo controle e grupo intervenção, e de forma significativa no grupo intervenção após um ano (Figura 6).

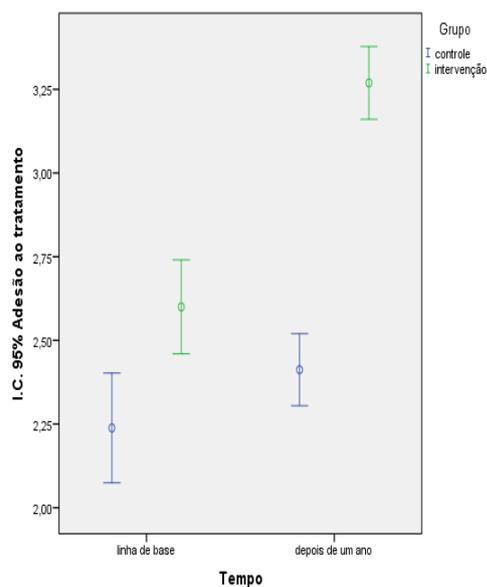


Figura 5 – Adesão ao tratamento.

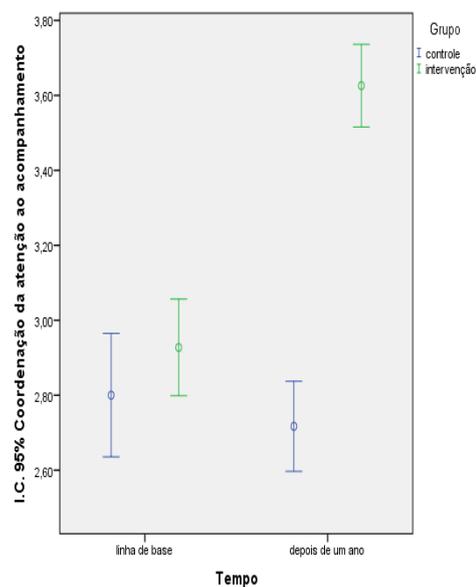


Figura 6 – Coordenação da atenção ao Acompanhamento.

A complexidade de intervenções de inovação em saúde exige que a abordagem metodológica permita avaliar não somente se a intervenção alcançou seus objetivos finalísticos (melhores desfechos em saúde), mas também compreender o fundamento das ações e os mecanismos vinculados ao processo político e social que fazem com que a intervenção funcione ou não (24).

Um aspecto importante a ser considerado seria o tempo necessário para a observação de mudanças efetivas nessas dimensões avaliativas. Doenças e condições crônicas estão vinculadas a determinantes sociais, ambientais, comportamentais e biológicos, os quais somente podem ser alterados substancialmente em períodos mais longos de intervenção/observação. Indicadores de resultados intermediários, como mudanças no comportamento ou maior adesão aos programas específicos poderiam ser objetivos mais adequados para o curto prazo (25).

Para o estudo das ações nas UBS de intervenção é importante que tenham sido considerados os tempos institucionais, das equipes e das pessoas envolvidas. Todos os processos desencadeados estavam condicionados pelos movimentos locais que conduziram mudanças em tempos e intensidades diferentes. Este contexto norteou o desenvolvimento da pesquisa avaliativa, uma vez que foi

necessário considerar momentos e diversidades vivenciados na experiência para a coleta de dados.

As lições aprendidas demonstraram a importância da valorização da participação e fortalecimento dos grupos diretamente envolvidos no processo de intervenção, por meio de ação reflexiva, incluindo a gestão, as equipes locais e as pessoas usuárias. Ao analisar as respostas destes grupos foi possível identificar sinais claros de efetividade de um complexo processo de mudanças. Os movimentos, as percepções e as ações precisam ser consolidados, mas apontam para mudanças sensíveis nos processos e resultados da atenção às D/CC em Curitiba.

As maiores dificuldades para a implantação do MACC estavam relacionadas à estrutura física das UBS. Aquelas com Espaço Saúde (espaço próprio para a condução de trabalhos em grupo), tinham melhores condições para implantar as mudanças na atenção compartilhada, enquanto que aquelas que dependiam de estrutura física fora da UBS, muitas vezes utilizando até espaços externos e pátios, demonstravam maiores dificuldades para mobilização de profissionais e usuários.

Outro diferencial percebido foi a presença e suporte dos Núcleos de Apoio à Atenção Primária em Saúde (NAAPS). As UBS que já contavam com o apoio dos NAAPS puderam avançar mais rapidamente nas novas abordagens de atenção. A incorporação do plano de autocuidado podia ser considerada como incipiente no momento das discussões com as equipes. Apesar de alguns profissionais já estarem trabalhando com o monitoramento de planos de autocuidado, na maioria das UBS eles ainda não tinham tido oportunidade de vivenciar esta experiência. A escolha da abordagem pedagógica para implantação do autocuidado, que propunha o exercício inicial entre os próprios membros das equipes, foi considerada como um aspecto positivo que facilitou o processo. Entre outras estratégias que facilitaram as ações podem ser citadas a disponibilização de ferramentas e estratégias concretas que pudessem ser aplicadas na prática cotidiana para apoiar as equipes, complementando o suporte dos NAAPS. Ficou evidente que apesar da vivência inicial das mudanças propostas pelo LIACC era cedo para perceber impactos mais consistentes no processo de trabalho.

A análise de contexto e estrutura possibilitou conhecer o espaço sociocultural em que as ações foram desenvolvidas, tanto em relação ao perfil das equipes, populações e territórios, quanto à percepção de profissionais e usuários sobre a capacidade institucional e o processo de cuidado às D/CC. Profissionais da saúde e pessoas usuárias surpreendiam-se ao descobrir aptidões e habilidades que até então desconheciam, entre seus pares e em si próprios. Essa conscientização de situações foi um dos principais facilitadores em todo o processo. Equipes de saúde e usuários identificaram importantes mudanças no processo de trabalho, bem como na percepção das equipes e usuários sobre as mudanças ao longo do tempo. Em um curto período (de seis a nove meses) a maioria dos envolvidos no processo manifestava uma implícita percepção de melhoria.

6.4 CONCLUSÕES

A partir das dimensões analisadas foi possível identificar uma estreita associação entre as mudanças ocorridas pela implantação do MACC e a melhora no cuidado às D/CC, e mesmo uma contribuição das ações propostas por este modelo de atenção. A utilização do ACIC e PACIC demonstrou que estes podem caracterizar-se como ferramentas importantes. No caso do ACIC pode possibilitar a reflexão sobre o processo de trabalho na atenção às D/CC, além de favorecer o monitoramento de inovações e a percepção das equipes. Talvez pelo fato de ser respondido sob supervisão de um pesquisador o PACIC tenha demonstrado maior significância estatística. Ainda assim algumas mudanças referentes às equipes de saúde podem ser atribuídas ao MACC, como o cuidado compartilhado e o autocuidado, decorrentes de Articulação com a comunidade e Integração dos componentes. Porém uma análise mais aprofundada de nexos causais talvez só fosse possível depois de transcorrido um tempo maior, com um desenho metodológico longitudinal. É possível que tenha acontecido uma “propagação” do MACC entre os grupos, pois algumas UBS controle estão próximas de outras de intervenção, com diálogo permanente entre os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. PAHO - Pan American Health Organization. Non-communicable diseases in the Americas: building a healthier future. Washington, D. C.: PAHO, 2011. Available at http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14832&Itemid= access on 02-15-2012.
2. WHO - Global status report on non-communicable diseases 2010. Italy, WHO Library, 2011. Available at http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ access on 06-21-2011.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), 2011.
4. Barthes R. Mitologias. Rio de Janeiro: Editora Difel, 11^aed; 2003.
5. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, Feigl AB, Gaziano T, Mowafi M, Pandaya A, Prettner K, Rosenberg L, Seligman B, Stein AZ, Weinsten C. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum, 2011. Available at www.weforum.org/EconomicsOfNCD access on 12-15-2012.
6. Tasca R (coord.). Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011.
7. Chomatas ERdaV, Luhm KR, Marty IK. *In* Moysés ST, Silveira Filho AD, Moysés SJ. (orgs). Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: A implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2012.
8. Cavalcanti AM, Oliveira ACLde (orgs). Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde. Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde, 2012.
9. Moysés ST, Silveira Filho AD, Moysés SJ. (orgs.) Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: A implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2012.
10. Volpi AC, Cavalcanti AM, Silveira Filho AD & Cubas RF. *In* Moysés ST, Silveira Filho AD, Moysés SJ. (orgs). Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: A implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2012.
11. MacColl Institute for Health Care Innovation. Improving the chronic illness care. The Chronic Care Model. 2008. Available from: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=ACIC_Survey&s=35 access on 10-12-2012.

12. WHO – World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments. 2012; Available from http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/ access on 02-15-2012.
13. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaeffer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff.* 2001; 20(6):64-78.
14. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Healthcare Q.* 2003; 7(1):73-82.
15. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, Von Korff M. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Serv Res.* 2002; 37(3):791-820.
16. Kaissi AA, Parchman M. Assessing chronic illness care for diabetes in primary care clinics. *J Quality and Patient Safety.* 2006, 32(6):318-323.
17. Steinhäuser J, Goetz K, Ose D, Glassen K, Natanzon I, Campbell S, Szecsenyi J, Miksch A. Applicability of the assessment of chronic illness care (ACIC) instrument in Germany resulting in a new questionnaire: questionnaire of chronic illness care in primary care. *BMC Health Services Research* 2011, 11:164.
18. Steurer-Stey C, Frey A, Schmid-Mohler G, Malcolm-Kohler, Zoller M, Rosemann T. The German version of the Assessment of Chronic Illness Care: instrument translation and cultural adaptation. *J of Evaluation in Clinical Practice* 2012, 18(1):1-4.
19. Cope K, Higgins R. On-line learning providing self-management support skills to chronic care clinicians across the rural and metropolitan workforce. Australian Resource Centre for Healthcare Innovations. 2012 available at <http://www.archi.net.au/resources/workforce/learning/online-cdsm> access on 08-12-2013.
20. Glasgow RE, Whitesides H, Nelson CC, King DK. Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) With Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 2005; 28(11):2655-2661.
21. Schmittiel J, Mosen DM, Glasgow RE, Hibbard J, Remmers C, Bellows J. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and improved patient-centered outcomes for chronic conditions. *J Gen Intern Med.* 2008; 23(1):77-80.
22. Cramm JM, Nieboer AP. Factorial validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) and PACIC short version (PACIC-S) among cardiovascular disease patients in the Netherlands. *Health and Quality of Life Outcomes* 2012, 10:104.
23. Rick J, Rowe K, Hann M, Sibbald B, Reeves D, Roland M, Bower P. Psychometric properties of the patient assessment of chronic illness care measure: acceptability, reliability and validity in United Kingdom patients with long-term conditions. *BMC Health Services Research* 2012, 12:293.

24. De Salazar L. Evaluación de efectividad en promoción de la salud: guía de evaluación rápida. Santiago de Cali: CEDETES; 2004.
25. Liu LJ, Li Y, Sha K, Wang Y, He X. Patient Assessment of Chronic Illness Care, Glycemic Control and the Utilization of Community Health Care among the Patients with Type 2 Diabetes in Shanghai, China. *PLoS ONE* 2013; 8(9): e73010.

Corrigir uma página é fácil.
Mas escrevê-la - ah, amigo! -
isso é difícil.

Jorge Luís Borges (1899-1986)

7. ARTIGO 4

(Resumo apresentado no 101^o FDI – Annual World Dental Congress em Istanbul de 28-31 de Agosto de 2013. Artigo publicado on line pelo International Dental Journal em 22 de outubro de 2013. DOI=10.1111/idj.12066 available at <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/idj.12066/abstract>).

POLÍTICAS SOBRE CONDIÇÕES CRÔNICAS: SAÚDE BUCAL, UMA SENTIDA AUSÊNCIA

CHRONIC CONDITIONS POLICIES: ORAL HEALTH, A FELT ABSENCE

RESUMO

O panorama mundial da saúde mostra uma epidemia de doenças crônicas que, a longo termo, levam a condições crônicas, muitas das quais são incuráveis. Algumas doenças infectocontagiosas, devido ao seu desenvolvimento e duração, também geram condições crônicas. Da mesma forma, alguns estados não mórbidos, como gravidez, e ciclos de vida, como adolescência e envelhecimento, seguem a mesma lógica. Todas essas condições crônicas tem uma inter-relação significativa com a saúde bucal, tanto em eventos paralelos como em fatores de risco em comum. Este artigo apresenta um estudo qualitativo e transversal relativo às políticas da Organização Mundial da Saúde sobre condições crônicas. Diversos documentos publicados por essa organização foram analisados para verificar a inclusão da saúde bucal em relação às condições crônicas, particularmente doenças cardiovasculares e diabetes, que apresentam diversas manifestações bucais. A análise não mostrou referências significativas à saúde bucal ou seus indicadores nos textos selecionados. O estudo reconhece o valor do trabalho desenvolvido pela Organização, bem como sua liderança mundial na elaboração de políticas de saúde para as condições crônicas. Propõe coalizões de associações de odontologia que possam, de maneira coletiva e robusta, advogar por maior inclusão da Saúde Bucal na formação de políticas para condições crônicas.

PALAVRAS CHAVE

Doenças crônicas. Condições crônicas. Saúde bucal. Cárie dental. Doença periodontal.

ABSTRACT

The global health scenario shows an epidemic of non-communicable diseases that lead to long-term chronic conditions, some of which are incurable. A lot of infectious diseases, owing to their development and length, also generate chronic conditions. Likewise, non-morbid states, such as pregnancy, and some life cycles, like adolescence and aging, follow the same logic. Among all these chronic conditions there is a significant interrelationship with oral health, both in parallel events and common risk factors. This article presents cross-sectional qualitative research into World Health Organization recommended health policies to address chronic conditions. Several documents published by the Organization were analysed to verify the presence of references to oral health in relation to chronic conditions, particularly cardiovascular diseases and diabetes as these most frequently have oral manifestations. The analysis showed no significant references to oral health or its

indicators within the published texts. The study recognizes the value of the work developed by the World Health Organization, as well as its worldwide leadership role in the development of health policies for chronic conditions. This article proposes a coalition of Dentistry organizations that could, in a more forceful and collective way, advocate for a greater presence of Oral Health in drafting policies addressing chronic conditions.

KEYWORDS

Non-communicable diseases. Chronic conditions. Oral Health. Dental caries. Periodontal disease.

7.1 INTRODUÇÃO

Em maio de 2010 a Assembleia Geral das Nações Unidas publicou uma resolução sobre a prevenção e controle de doenças crônicas (DC) demandando:

- 1) Um encontro do Alto Comissariado durante a Assembleia Geral em setembro de 2011 para discutir as DC, e para rever os Objetivos do Milênio em setembro de 2010.
- 2) Um relatório da Secretaria Geral sobre o status mundial das DC como preparação para o encontro de setembro de 2011.

A resolução marcou um momento especial em identificar as DC em nível mundial, que começara aproximadamente há 20 anos, com o Projeto da Carga Mundial de Doenças (GBDP). Encomendado em 1991 pelo Banco Mundial, o GBDP foi a primeira evidência estatisticamente padronizada do impacto das DC, não apenas nos países ricos, mas também nos de baixa e média rendas. Desde então atualizações do GBDP têm deixado mais claro a situação das DC em nível mundial. Aproximadamente 60% da mortalidade mundial, ou 35 milhões de mortes em 2005, foram causadas por DC (entre elas, doenças cardiovasculares, câncer, doença pulmonar crônica obstrutiva e diabetes), que trazem fatores de risco como consumo de tabaco e álcool, dietas não saudáveis (ricas em açúcar, sal e gorduras trans) e pouca atividade física. Todas essas DC e seus fatores levam a condições crônicas (CC). Enquanto as causas proximais dessas doenças são estilos de vida individuais, mediados por fatores sócio econômicos, a globalização do álcool, os alimentos processados e o mercado do tabaco, bem como a industrialização e a urbanização, têm contribuído para o crescimento das CC, exigindo melhores ações coletivas e globais como resposta.¹

Essa resolução das Nações Unidas (UN) foi a segunda em toda a história. Uma década atrás, em um encontro semelhante sobre HIV/AIDS, foi criado o Fundo Global para HIV/AIDS, Tuberculose e Malária, considerado um novo e revolucionário mecanismo mundial em financiamento da saúde. As CC continuam negligenciadas, embora com impacto social semelhante ao HIV, e também com entendimento equivocado, tal como aconteceu com o HIV. Ainda que as CC sejam pensadas como doenças de ricos, isso não é verdade. Outra falácia é que as CC provêm de falhas morais, e que obesidade e sedentarismo são causados por falta de vontade. Em muitas partes do mundo pessoas enfrentam barreiras para fazer escolhas que envolvam uma alimentação saudável, e acabam sucumbindo a pressões de dietas não saudáveis. Os Objetivos do Milênio não incluem as CC, mesmo sendo elas responsáveis por mais de metade das mortes no mundo. A maioria das morbidades e mortalidades causadas por CC são evitáveis. Como elas não estão entre os Objetivos do Milênio, as agências de desenvolvimento não as priorizam; em razão disso, ministros da saúde não lançam programas de prevenção e controle, pois não encontram financiamento disponível. Como resultado, pouca pesquisa é realizada para prevenir e tratar as CC, o que abre espaço para o argumento de que existe fraca evidência para intervenção. Atualmente mais da metade da população mundial vive em áreas urbanas. Favelas precisam de mercearias na esquina que vendam produtos frescos, não apenas alimentos processados, a preço baixo e com longo prazo de validade. Margaret Chan, diretora geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), declara: “Hoje, muitas das ameaças à saúde, que contribuem para as CC, vêm de grandes, ricas e poderosas corporações, guiadas por interesses comerciais, e pouco interessadas pela saúde”.²

CC não são prioridade na saúde mundial, apesar da carga econômica e humana que representam em diversos países. A priorização das CC, por apoio institucional das UN, pode melhorar essa visibilidade como um desafio crítico da saúde e desenvolvimento. Iniciativas globais em CC são fragmentadas. Embora a OMS tenha estabelecido uma liderança em CC, falta autoridade política e governança para motivar ações sincrônicas pela grande maioria dos interessados. A colaboração multissetorial é fundamental, embora o papel do setor privado em destacar as CC também seja absolutamente crítico. Parcerias devem ser selecionadas com cuidado, evitando qualquer sugestão de influência política que

não seja baseada em evidências e padrões éticos. Colaboração multissetorial também deveria ser levada em conta mesmo em iniciativas do setor privado.¹

As mortes por CC são apenas uma pequena fração do problema, dado que estas condições também alteram substancialmente a qualidade de vida e o envelhecimento. É previsto que o crescimento da incidência e mortalidade das CC afetará desproporcionalmente populações pobres e desfavorecidas, desta forma contribuindo para aumentar as desigualdades de saúde entre e dentro de países.³

Um encontro formal dos países membros das UN para concluir os trabalhos de uma agenda abrangente de monitoramento, inclusive com indicadores específicos, e um conjunto de objetivos voluntários para a prevenção e controle das CC teve lugar em Genebra, de 5 a 7 de novembro de 2012. Compareceram à sessão representantes de 119 países membros, uma organização de integração regional e econômica, uma organização intergovernamental e 17 organizações não governamentais (ONG).⁴

Este evento reafirmou que câncer, diabetes e doenças coronarianas não são mais doenças dos ricos. Atualmente, elas afetam as pessoas e as economias dos países pobres mais que as doenças infecciosas. Isto representa um emergente problema saúde pública em câmera lenta. CC são uma das maiores causas de pobreza, uma barreira para o desenvolvimento econômico e uma emergência global negligenciada, que exige esforços conjuntos para serem superadas. Em maio de 2009 foi lançada a Aliança para as Doenças Crônicas, pela Federação Internacional de Diabetes e a União para o Controle Internacional do Câncer, para representar os milhões de mortos e doentes, tanto entre o mundo subdesenvolvido como entre o desenvolvido, e tentar prevenir a disseminação da epidemia de CC. Em fevereiro de 2010 a Aliança uniu-se à União Internacional contra Tuberculose e Doenças dos Pulmões em parceria total. Esta Aliança irá guiar cinco áreas de trabalho para apresentar no encontro das Nações Unidas: liderar um movimento da sociedade civil para as CC; providenciar argumentos baseados em evidência que apoiem a causa das CC; agir como porta voz mundial para seus membros e pessoas em CC; criar um roteiro para CC até 2020 para compartilhar soluções inovadoras e melhores práticas em CC; trabalhar com ONG, governos e empresas alinhadas para ser intermediária no encontro das Nações Unidas.⁵

Em décadas recentes, muitos protocolos nacionais e internacionais têm sido criados para o enfrentamento às CC, embora sejam muito complexos para aplicação

na Atenção Primária (AP), principalmente em locais com poucos recursos. O Relatório sobre o Status Global das Doenças Crônicas de 2010 destaca a necessidade de os países integrarem a prevenção e o manejo das CC na AP, mesmo em locais com poucos recursos. A OMS elaborou um conjunto essencial de intervenções de baixo custo e alto impacto para ser utilizado em locais com poucos recursos.⁶

Ao final da conferência de 2011, 193 países membros assinaram a Declaração Política para Prevenção e Controle das Doenças Crônicas, que inclui o artigo 19, afirmando que “doenças renais, bucais e dos olhos representam o maior fardo para a saúde em muitos países” e que estas doenças compartilham fatores de risco em comum, podendo beneficiar-se de programas de CC. O presidente de Tanzânia, H. E. Jakaya Kikwete destacou a importância da saúde bucal no contexto das quatro principais CC, patrocinando um evento paralelo ao do alto comissariado, chamado “Colocando Dentes nas DC”. Neste evento, muitas autoridades defenderam a necessidade de aumentar os esforços para a prevenção e controle das doenças bucais, que normalmente são negligenciadas, apesar do tremendo impacto em muitos países. Fizeram, ainda, propostas persuasivas para a inclusão de saúde bucal nas decisões dos Chefes de Estado das Nações Unidas a respeito de estratégias voltadas ao fardo das CC.⁷

A cárie dental é a doença crônica mais comum em todo o mundo, atingindo mais de 90% da população mundial. Todas as outras doenças bucais, inclusive câncer bucal, doença periodontal, traumas e desordens craniofaciais, e Noma (uma doença mortal e desfigurante em crianças da África sub-Sahariana), têm impactos significativos na saúde sistêmica, no bem-estar e na produtividade por todo o curso da vida. Cuidados bucais seguros e acessíveis nem sempre estão disponíveis para grande parte da população em países de baixa e média renda. Ademais, existem também sociedades de renda alta onde milhões de pessoas vivem sem acesso a cuidados de saúde bucal.⁷

CC e saúde bucal compartilham fatores de risco em comum e estão conectadas de forma recíproca. A boca pode ser um espelho para doenças sistêmicas, que também aí se manifestam; de forma semelhante, doenças bucais impactam nas condições sistêmicas. Políticas que destaquem fatores de risco para doenças bucais, como o consumo de tabaco, açúcar e álcool, destacam os mesmos fatores de risco associados com doenças cardiovasculares, câncer, doenças

respiratórias crônicas e diabetes. Outros fatores, como falta de água limpa e saneamento básico, baixa educação, baixo status sócio econômico e residência inadequada, são determinantes de saúde geral e também bucal. Em 2011 o escritório regional da OMS para a África reuniu 17 coordenadores francófonos de saúde bucal em Ouidah, Benin, gerando uma declaração em consenso sobre a importância de integrar a saúde bucal a programas de CC, endereçados ao controle do tabaco, dieta saudável e flúor. O pessoal da saúde bucal na Organização Pan-Americana de Saúde, o braço regional da OMS para as Américas, está trabalhando para integrar idioma e sistemas métricos aos objetivos e indicadores regionais, enquanto o projeto de monitoramento global avança. A Federação Dentária Internacional – FDI, representando os profissionais de odontologia em todo o mundo, liberou apoio material que irá auxiliar as associações de odontologia para advogarem junto aos governos nacionais a incorporação da saúde bucal às estratégias das CC.⁷

A abordagem de fatores de risco em comum identifica diversos desses fatores para muitas CC, incluindo saúde bucal, no contexto de um ambiente social ampliado. As causas são comuns para diversas doenças, e adotar uma abordagem colaborativa é mais racional do que uma para doença específica. As causas imediatas para as principais doenças bucais, cárie e doença periodontal, são dieta, placa e tabaco. Lesões da mucosa bucal, câncer bucal, disfunção temporomandibular e dor estão relacionadas a tabaco, álcool, stress, trauma dentário e ferimentos. Como estas causas são comuns a outras condições, como doenças coronarianas, câncer, diabetes e derrames, é mais racional a abordagem dos fatores de risco em comum, que pode ser implementada de várias formas. Doenças bucais são as DC mais comuns e são graves problemas de saúde pública, por causa da sua prevalência, pelo impacto em indivíduos e na sociedade, e pelo custo do tratamento. CC como obesidade, diabetes e cárie estão aumentando em países em desenvolvimento, com a implicação de que a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, bem como a qualidade de vida geral, pode deteriorar.⁸⁻¹⁰

No tratamento multidisciplinar de saúde bucal e CC há evidência de que é possível diminuir hospitalizações de pessoas diabéticas por meio de tratamento periodontal, e outras pesquisas estão analisando outras CC como ataque cardíaco, derrame cerebral e gravidez com nascimento pré-termo. Tratamento periodontal está associado à significativa diminuição de internações, consultas médicas e custos do

cuidado médico em diabéticos. Sobre este assunto, uma pesquisa mostrou economia média de US\$ 1,814 por pessoa em um único ano e 33% a menos de internações.¹¹

Com base nestes fatos esta pesquisa pretendeu identificar o quanto a saúde bucal é levada em conta na elaboração de políticas de saúde pública no esforço de melhorar o cuidado para as CC, especialmente os relacionados a doenças cardiovasculares e diabete.

7.2 MÉTODO

Este é um estudo transversal em abordagem qualitativa. Os dados foram coletados entre 12/05/2012 e 12/10/2012 na seção centro de mídia do site eletrônico da OMS (www.who.int), buscando a expressão "non-communicable diseases". Isto resultou em 12000 publicações. Filtrando pelo modo de busca avançado do próprio site, perguntando por "Find results with all of the words, 100 results, Language English, File Format .pdf, Occurrences in the title of the page, Domain who.int, Sort by date" o volume reduziu-se a 45 publicações, com duas não disponíveis. Eram documentos, resumos de conferências, planos de ação, manuais e protocolos. Todos estavam armazenados em arquivos públicos e abertos na Internet. A análise de conteúdo dos 43 documentos ocorreu de 10/12/2012 a 12/12/2012, utilizando a ferramenta "find" do Windows 7 para identificar as seguintes palavras chave: oral health, dental caries, periodontal disease.

7.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas 43 publicações analisadas, oral health aparece 7 vezes, dental caries 4 e periodontal disease nenhuma. A inexpressiva presença de oral health (7) poderia ser atribuída a uma visão mais abrangente de saúde, sem compartimentalizações. Mas o que dizer das condições crônicas bucais mais prevalentes: dental caries (4) e periodontal disease (0). O problema das CC tornou-se globalizado além da capacidade de um só país ou organização, e colaborações multissetoriais deveriam ser levadas em conta. Iniciativas do setor privado, como a Aliança Global para Condições Crônicas, estabelecida em 2009, para mobilizar recursos para a pesquisa sobre CC em países em desenvolvimento, têm mostrado eficácia.¹

A má compreensão das CC, com as pessoas enfrentando barreiras para fazer escolhas saudáveis e forte pressão para adotar as não saudáveis, levam a

causalidade semelhante em saúde bucal. Da mesma forma que na conferência sobre HIV, a das CC foi um campo de batalha, opondo interesses públicos contra os fortes interesses privados de alguns. Porém, diferente do ativismo do HIV no passado, as vozes das pessoas atingidas por CC são bem mais fracas. Se a conferência das UN estimulou ou não a emergência de uma movimentação social mundial para mudanças, pode definir o futuro de nossa saúde pelos próximos anos.²

A inclusão da saúde bucal na declaração de políticas, firmada ente os chefes de estado e patrocinada pela OMS, é um esforço conjunto de muitos parceiros e organizações. Vários deles, junto a outros participantes, irão apoiar planejamentos nacionais, implementação e avaliação de estratégias para as CC. Esforços estes que envolvem médicos e seus representantes, profissionais de odontologia, pesquisadores, administradores do setor público, formuladores de políticas, e líderes industriais, bem como ONG trabalhando com populações carentes, nacional e internacionalmente.⁷

Há consenso de que parcerias e colaborações são essenciais para o sucesso nesta luta internacional contra as CC. Por isso a Sociedade Americana do Câncer, a Associação Americana de Diabete e a Associação Americana do Coração juntaram forças para apoiar os esforços das UN. Este trabalho está sendo coordenado sob a bandeira da Parceria da Saúde Preventiva, uma iniciativa fundada em 2004, para trabalho conjunto, com o intuito de reduzir o impacto de câncer, diabete mellitus, doenças cardiovasculares e derrames. O objetivo internacional é despertar a consciência sobre a carga das CC mundialmente e disponibilizar políticas chave e profissionais interessados, com assistência técnica, para participarem de discussões na elaboração de políticas, aliado a recursos que destaquem a carga mundial das CC e a necessidade de intervenções coordenadas.³

Um roteiro de monitoramento global, com 25 indicadores, e um conjunto de objetivos mundiais e voluntários para a prevenção e controle das CC foi integrado para desenvolver um esboço do Plano de Ação Global da OMS para controle e enfrentamento das CC. Este plano deve cobrir o período 2013-2020, sendo que o esboço foi apresentado na 66ª. Assembleia Mundial da Saúde e aprovado pela mesa executiva. Entre os 25 indicadores não há nenhum relacionado à saúde bucal.⁴

Um programa de trabalho, coordenado e financiado pela sociedade civil, antes e imediatamente depois da conferência das UN, será essencial para o sucesso. As quatro federações líderes em CC, Federação Internacional do Diabete –

IDF, Federação Mundial do Coração – WHF, União para o Controle Internacional do Câncer – UICC, e a União Contra Tuberculose e Doenças dos Pulmões - A União, têm coordenado a resposta da sociedade civil mundial com a criação de uma Aliança para as Condições Crônicas, que trabalha ao lado de ONG, da OMS, profissionais de saúde, da academia, setor privado, e outros interessados, para compor uma voz unida e poderosa.⁵

O protocolo da OMS afirma que o objetivo principal é melhorar a qualidade do atendimento e os resultados sobre as pessoas, especialmente em locais com poucos recursos. Este protocolo propõe uma base para o desenvolvimento de algoritmos simples para o enfrentamento às CC, com medicamentos essenciais e tecnologias disponíveis já no primeiro atendimento, mesmo em locais carentes. Recomenda um conjunto de intervenções básicas para integrar o manejo das CC na AP. Essas recomendações são limitadas a pessoas com certas CC, pois o manejo de outras condições mais complexas exige cuidado especializado. O alvo dos usuários consiste em profissionais da saúde responsáveis, que possam desenvolver protocolos de tratamento para CC em primeiro atendimento e com poucos recursos. Foi criado um grupo para desenvolver este projeto, incluindo experts de fora da OMS. Neste caso específico, o resultado foi um protocolo de 72 páginas para câncer, doença cardíaca, derrame, diabetes, e doença respiratória crônica. Surpreendentemente não há qualquer menção a saúde bucal, cárie dentária, doença periodontal ou dentistas.⁶

Desde 2000 há evidências de que melhorias na saúde bucal e redução de iniquidades em saúde bucal somente serão possíveis por meio de políticas de promoção de saúde bucal, baseadas na abordagem dos fatores de risco em comum. Intervenções individualistas, focadas em educação em saúde bucal, são ineficazes, com desperdício de recursos já limitados e podem piorar as desigualdades. O mesmo se aplica para políticas em CC, que devem identificar fatores de risco em comum para muitas CC dentro de seu contexto. Os benefícios potenciais desta abordagem ultrapassam em muito as ações isoladas. Para atingir eficiência neste estilo de trabalho os profissionais de saúde bucal precisam desenvolver uma variedade de habilidades de comunicação e trabalho em rede, que possibilite trabalharem em colaboração com outras agências e profissionais.⁸⁻⁹

Em outubro de 2012 a FDI conclamou as associações de odontologia dos países membros para que entrassem em contato com seus ministros da saúde e

coordenadores de saúde bucal. O objetivo era assegurar que fossem debatidas medidas concretas para integrar estratégias de saúde bucal em CC nas consultas feitas pela OMS. Por sua vez, a FDI apresentou propostas detalhadas para o 'Esboço Zero' da OMS, que, sem estratégias e políticas para "maximizar oportunidades e efetividades para medidas em benefício mútuo" para monitoramento do progresso, deixaria a saúde bucal no terreno das boas intenções, em vez de ações sólidas. A FDI destacou que mais importante são políticas para CC por meio de prevenção eficaz e diagnóstico precoce, realizados pela AP, e intervenções multissetoriais, com a finalidade de reduzir custos para o público, governos e sistemas de saúde. Nesta oportunidade, para evitar constrangimentos, a FDI enfatizou que é essencial "reconhecer o importante papel da OMS na liderança da saúde mundial, mantendo a saúde bucal nas propostas do programa de trabalho e entre as prioridades no enfrentamento às CC".¹²

Coerente com estes conceitos, Curitiba, no sul do Brasil, tem inovado no enfrentamento às CC, em um modelo de atenção e cuidado desenvolvido para o Sistema Único de Saúde (SUS). Equipes de Saúde da Família são compostas por profissionais de áreas diferentes, como o médico da família e equipe de enfermagem, equipe de saúde bucal, assistente social, farmacêutico, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, professores de educação física e agentes comunitários de saúde. Todos trabalham em conjunto, interconectados em Redes de Atenção à Saúde, disponibilizando cuidados de saúde para uma comunidade adscrita.¹³

O Plano de Ação Global da OMS para Prevenção e Controle das Doenças Crônicas 2013-2020 já contém menção específica à saúde bucal. O plano foi adotado pelos países membros da OMS em 27 de maio de 2013, durante a 66ª Assembleia Mundial de Saúde (Genebra, 20-28 de maio de 2013). A referência à saúde bucal reflete o comprometimento dos governos na Declaração das Nações Unidas sobre Doenças Crônicas em 2011, que reconhece os fatores de risco em comum que a saúde bucal compartilha com as quatro principais CC: câncer, diabetes, e doenças cardiovasculares e respiratórias, podendo beneficiar-se de uma abordagem comum. Entretanto, neste documento de 55 páginas, existem apenas duas menções à saúde bucal.¹⁴

7.4 CONCLUSÕES

A OMS desempenha um incontestável papel de liderança no enfrentamento às CC em nível mundial, com políticas de saúde comprovadamente eficientes. Estas ações já trouxeram diversos benefícios a milhões de pessoas. Parcerias com muitas organizações, de diferentes áreas, parecem altamente positivas. Entretanto, é inegável que a saúde bucal tem sido negligenciada na elaboração de políticas para o enfrentamento às CC, particularmente doenças cardiovasculares e diabetes, que apresentam maiores interações e manifestações bucais. As associações de odontologia devem estabelecer parcerias e/ou alianças para advogar, junto à OMS, por políticas multissetoriais direcionadas principalmente aos profissionais que atuam na Atenção Primária. Redes de atenção à saúde podem exercer o papel de interconexão das equipes de saúde, alavancando as proposições das políticas formuladas, desenvolvidas em consenso com os vários setores envolvidos.

REFERÊNCIAS

1. Mamudu H M, Yang J S, Novotny T E. UN resolution on the prevention and control of non-communicable diseases: An opportunity for global action. *Global Public Health* 2011 **6**:4, 347-353.
2. Stuckler D, Basu S, McKee M. Commentary: UN high level meeting on non-communicable diseases: an opportunity for whom? *BMJ* 2011 **343**:d5336.
3. Partridge E E, Mayer-Davis E J, Sacco R L et al. Creating a 21st Century Global Health Agenda: The general assembly of the United Nations High Level Meeting on non-communicable diseases. *Circulation*. 2011 **123**:3012-3014.
4. WHO - World Health Organization. Report of the formal meeting of member states to conclude the work on the comprehensive global monitoring framework, including indicators and a set of voluntary global targets for the prevention and control of non-communicable diseases. Geneva: World Health Organization 2012. Publication no. A/NCD/2 available at http://apps.who.int/gb/NCDs/pdf/A_NCD_2-en.pdf access on 12-10-2012.
5. The NCD Alliance 2012. NCD alliance plan for the United Nations high level summit on non-communicable diseases. Available at http://ncdalliance.org/sites/default/files/rfiles/NCD%20Alliance%20Plan_web.pdf access on 11-21-2012.
6. WHO - World Health Organization. Prevention and control of non-communicable diseases: Guidelines for primary health care in low resource settings. Geneva 2012, publication no. W84.6 available at http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76173/1/9789241548397_eng.pdf access on 11-21-2012.
7. Cohen L K, Benzion H, Bergman M. UN Summit: Stepping up efforts to address oral diseases. *Compendium*, 2012 33:4.
8. Sheiham A, Watt R G. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000 **28**:399–406.
9. Watt R G, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012 **40**:289–296.
10. WHO - World Health Organization. Oral health, general health and quality of life. 2005, publication no. 05-024158 available at <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/editorial30905html/en/index.html> access on 12-11-2012.
11. Jeffcoat M. Periodontal therapy reduces hospitalizations and medical care costs in diabetics. 2012, available at <http://www.medicalnewstoday.com/releases/243335.php> access on 12-11-2012.
12. FDI - World Dental Federation. WHO documents pay only lip service to oral health. 2012 available at

http://www.fdiworldental.org/news?p_p_id=56_INSTANCE_HjF1&newsId=389313
access on 11/12/2012.

13. Mendes E V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. 1^a ed, pp 324-327. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2012.

14. WHO - World Health Organization. Follow-up to the political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. Geneva 2013, publication no. WHA66.10 available at http://www.fdiworldental.org/media/26435/who_ncd-action-plan_2013-20_a66_wha.pdf access on 06-04-2013.

Se você quer ser um escritor, escreva.

Epicteto (55-135)

8. ARTIGO 5

(Artigo submetido à Revista Internacional de Humanidades Médicas em 05/08/2013. Resumo aceito para apresentação no 4º. Congresso Internacional de Humanidades Médicas em março de 2014 em Vancouver, Canadá).

O ENFRENTAMENTO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS SOB A ÓTICA DO ESTOICISMO: LIÇÕES DE SÊNECA E EPICTETO

COPING WITH CHRONIC CONDITIONS FROM THE PERSPECTIVE OF STOICISM: LESSONS FROM SENECA AND EPICTETUS

RESUMO

Esta pesquisa tem um enfoque teórico, baseada no princípio estoico de que felicidade e realização pessoal são consequências naturais de atitudes corretas. É possível alterar a vontade para se adequar ao mundo e viver doente e feliz, em perigo e ainda assim feliz, afirmando um desejo individual completamente autônomo e determinista. Isto não pressupõe um fatalismo apático, mas sim uma resistência moral para melhor enfrentar as agruras da vida. Ao deparar-se com os revezes do destino um estoico acredita em sua extrema liberdade pessoal para aliar-se a esse determinismo quase absoluto. Tais princípios são coerentes com modelos de atenção à saúde para o fortalecimento e apoio às pessoas em condições crônicas. Foi realizada uma revisão bibliográfica de três importantes obras da Escola Estoica (*Encheiridion* e *The Discourses*, de Epicteto, e *Moral Letters to Lucilius*, de Sêneca). Foram utilizadas as palavras de busca “saúde, doença, escolha, disciplina”, com suas correspondentes em inglês, para a seleção dos textos, interpretados por análise do discurso. Buscou-se uma contribuição para a Saúde Coletiva, direcionada para o manejo das condições crônicas, a epidemia silenciosa do século XXI. Como resultados são apresentados alguns princípios convergentes com noções de autocuidado e cuidado compartilhado, focados principalmente na autonomia e disciplina da pessoa usuária para monitorar a sua saúde. Propõe-se a aplicação desses princípios aos programas de atenção às condições crônicas, seja para portadores de doenças ou pessoas em condições especiais de saúde, tais como adolescência, incapacidades, gravidez, etc. Sob este ponto de vista esses princípios poderiam ser estendidos aos profissionais de saúde, pois sua rotina de trabalho também caracteriza uma condição crônica. Disso poderiam beneficiar-se indivíduos, sistemas de saúde e a sociedade como um todo.

PALAVRAS-CHAVE

Condições Crônicas. Ciências Humanas. Filosofia. Autocuidado. Disciplina.

ABSTRACT

This research has a theoretical approach based on the stoic principle that happiness and self-fulfillment are natural consequences of right attitudes. It is possible to change the will to suit the world and live sick and happy, in peril and yet happy, stating an individual desire completely autonomous and deterministic. This presupposes not an apathetic fatalism, but a moral resistance to better face the hardships of life. When faced with setbacks of destiny a stoic believes in an extreme

personal freedom to ally with this almost absolute determinism. These are congruent principles to health care models for strengthening and supporting people in chronic conditions. A literature review of three important works of the Stoic School (*Encheiridion* and *The Discourses*, by Epictetus, and *Moral Letters to Lucilius*, by Seneca) was performed. The search words "health, disease, choice, discipline," with its English correspondents, were utilized for the selection of texts, interpreted by discourse analysis. It was sought a contribution to Public Health towards the management of chronic conditions, the silent epidemic of XXI century. As results some principles are presented converging to notions of self-care and shared care for chronic conditions, primarily focused on the autonomy and discipline of users to manage their health. It is proposed the application of these principles to treatment planning in programs for chronic conditions, whether for ill patients or in special conditions of health, such as adolescence, disabilities, pregnancy, etc. Under this point of view these principles could be extended to health professionals because their work routine also features a chronic condition. That could benefit individuals, healthcare systems and society as a whole.

KEYWORDS

Chronic Conditions. Human Sciences. Philosophy. Self-care. Discipline.

8.1 INTRODUÇÃO

A contribuição das Ciências Sociais e Humanas para a saúde coletiva percorreu uma trajetória epistemológica e política. Em diversos países essas ciências estiveram presentes na saúde desde a década de 1930, mas na América Latina só começaram a ser incorporadas nos anos de 1960. A instituição da Saúde Coletiva, representando uma ruptura com o paradigma biomédico então hegemônico, incorporou as Ciências Sociais ao estudo do processo saúde-doença. Depois disso esse paradigma passa a ser interrogado a partir de novos referenciais, e o corpo biológico transforma-se também em corpo social. O reconhecimento de que o processo saúde-doença não pode ser considerado apenas um fenômeno objetivo e mensurável, pelo fato de que acontece em um complexo mundo social, foi a principal justificativa para a necessidade das Ciências Sociais e Humanas na saúde (MINAYO 1992).

Esta necessidade aliou-se, no Brasil, às lutas pela redemocratização, centradas nas políticas de saúde que subsidiaram a Reforma Sanitária, e na década de 1980 viriam a se consubstanciar no Sistema Único de Saúde (SUS). Nos anos de 1990 uma vertente de cunho socioantropológico enriqueceu a Saúde Coletiva com diferentes temas, tais como as representações sociais de saúde-doença, as

racionalidades médicas alternativas, os aspectos simbólicos e culturais das práticas em saúde, o enfoque qualitativo da pesquisa social, o corpo e seus significados, entre outros. Embora persistam alguns conflitos, hoje as Ciências Sociais e Humanas estão mais consoantes com as novas exigências do conhecimento em saúde e a complexidade da vida humana. Essas convergências produzem demandas e informações aproveitadas por ambas as partes, com a interdisciplinaridade e a intersectorialidade como caminhos para sua compreensão (NUNES 2003).

Parte dessa compreensão está baseada em análises macroestruturais, com apoio da sociologia e da ciência política, que passaram a predominar nos programas das ciências sociais incorporadas aos departamentos de medicina preventiva e social. Essas ciências encontraram um fértil terreno para a produção teórica nos cursos de pós-graduação e na saúde coletiva, com a definição de uma subárea denominada Ciências Sociais em Saúde. O ponto de partida foi uma concepção ampla do processo saúde-doença, enfatizando os determinantes socioeconômicos, a partir das condições de vida e trabalho; a discussão para definir um sistema de saúde baseado no conceito de cidadania; e a preocupação com o apoderamento deste sistema pela sociedade civil organizada. Um estudo realizado em quatro instituições de ensino e pesquisa de São Paulo apresentou os temas “emergentes” mais abordados pela produção dos pós-graduandos: questões relativas à saúde e trabalho, e à qualidade de vida e ambiente (MARSIGLIA et al 2003).

Saúde, com qualidade de vida, é um campo complexo que objetiva a preservação da vida sem sofrimento, segundo normas e padrões de conduta, alguns originários de crenças religiosas ou opções filosóficas. Filosofia aqui não deve ser entendida como atitudes de benevolência e solidariedade, e nem ter uma perspectiva relativista, mas sim como formadora de conduta. Talvez a melhor forma de interação entre saúde e filosofia seja a filosofia da medicina, estabelecendo uma conduta filosófica específica para a saúde. É muito difícil generalizar uma conduta positiva, pois é impossível ser preciso e isento. Quando defendemos um ponto de vista, somos levados por um senso subjetivo oriundo de padrões e normas. Neste sentido, a assistência em saúde tem sido orientada para que a terapêutica seja equânime e que respeite as individualidades, mas sem conflitar com o coletivo na gestão do processo saúde-doença (PELLEGRINO 1976, LEOPARDI 2013).

Esse processo deveria significar viver em uma sociedade esclarecida, em que o poder e a autoridade não estejam mais concentrados apenas no governo. Cada vez mais cidadãos bem informados, empresas conscientes, agências independentes e órgãos especializados vêm tendo um papel de destaque. Nas últimas décadas aconteceu um despertar da sociedade civil e o terceiro milênio vem demonstrando que cidadãos recentemente empoderados por novas tecnologias e formas de comunicação se tornam gestores de sua saúde, exigindo mais de governos, indústrias e profissionais de saúde. Cada vez mais a saúde é parte de uma crescente economia de conhecimento, que exige usuários esclarecidos e organizações que aprendam, para produzir resultados favoráveis. A maioria das terapêuticas apenas é aceita quando veiculada por tecnologia de ponta. Modelos e métodos ancestrais que não sejam baseados na visão biomédica da saúde são vistos com desconfiança, quando não como conhecimento obsoleto, inútil ou mentiroso (WHO 2012, LEOPARDI 2013).

Com isso cria-se um impasse para a gestão dos sistemas de saúde. Do ponto de vista administrativo, governos e ministérios da saúde continuam a ser importantes em gerenciar a governança em saúde, estabelecendo normas, provendo evidências e fazendo das escolhas saudáveis as melhores escolhas. Individualmente devemos escolher, entre as alternativas possíveis, aquelas que produzam melhores resultados para todos, ainda que tenhamos uma filosofia ou teoria que oriente nossas ações em outra direção. É um exercício cotidiano, pela escolha de um caminho, o que significa ter uma conduta individualmente assumida a partir de uma reflexão filosófica (WHO 2012, LEOPARDI 2013).

Cada indivíduo deve estar consciente de suas escolhas e consequente responsabilidade sobre a própria saúde. Os caminhos para uma boa ou má saúde podem não ser lineares, entendendo-se a saúde como um produto de complexas e dinâmicas relações entre diferentes determinantes. Porém os sistemas de saúde, isoladamente, não têm mais capacidade para resolver todos os desafios que se impõem. A educação em saúde, pela reflexão filosófica da cidadania, deve ser projetada no processo saúde-doença para fundamentar escolhas pelo livre arbítrio, de forma preventiva e proativa (MENDES 2011, WHO 2012).

Livre arbítrio é tema central da filosofia e se identifica com a possibilidade teórica da autodeterminação pessoal. A ideia intuitiva é que ter livre arbítrio significa poder controlar ações e coisas apenas pela vontade. Nem sempre é assim, pois muitos eventos não podem ser controlados e não são frutos do livre arbítrio. Um exemplo é a maciça propaganda envolvendo *junk food*. Individualmente não controlamos sua veiculação, porém podemos controlar ou mesmo evitar seu consumo pelo livre arbítrio, que desempenha um papel central na vida. Isto não deve ser entendido como uma inflexível imposição de virtudes, pois é necessário possibilitar negociações, principalmente diante de conflitos de interesses como custos, oportunidade e tempo. Se uma lista de virtudes parecer arbitrária, é preciso lembrar que somos dotados de uma capacidade singular que nos permite investir sobre determinados aspectos para que haja um mínimo de subjetividade (LEOPARDI 2013).

Seguindo esse raciocínio, cabe aqui um exemplo: os mais importantes fatores de risco para o diabetes tipo 2 são obesidade, sedentarismo, dieta calórica e baixa em fibras, e tabagismo, que interagem com outros fatores como idade, genética e nutrição na primeira infância. Teoricamente os quatro primeiros seriam facilmente evitáveis por escolhas pessoais, porém oportunidade, autoafirmação, meio social, etc., têm grande influência na escolha final. O exercício retórico da filosofia pode ser um poderoso aliado para a pessoa posicionar-se e recuar de sua posição diante dessas imposições sociais. Com isso adquire conhecimentos para que se torne protagonista de sua condição de saúde, baseada não só em teorias, mas contextualizando esse saber de forma dialética. É claro que com a doença já instalada, e principalmente em seus estágios terminais, filosofia não substitui terapêutica, mas serve como apoio moral para exercitar a disciplina e a paciência (WHO 2012, LEOPARDI 2013).

Em uma observação superficial da vida moderna, a doença, enquanto forma aceita de vida, não existe mais. Como se fosse impossível o indivíduo conviver com uma doença de maneira saudável, com isso transformando o ser humano em um caso social quando, por doença, velhice ou qualquer outra condição se torna completamente desamparado (DE SALAZAR 2011). Ele passa por uma lenta e contínua desintegração social quando diagnósticos e terapêuticas o deixam debilitado pela disciplina institucional, pela autoentrega na internação. A própria

palavra “internação” perdeu seu sentido original, em uma dubiedade que encobre a perda da autonomia, pois internar significa excluir do exterior. Segundo Leopardi (2013), “como se além das instituições de saúde ficasse não a vida daquele corpo atendido, mas o drama de uma personagem que não entra em cena porque o ator está impedido de atuar”.

Para o entendimento desse complexo processo a filosofia pode fornecer valiosos *insights*. Dentre diversas correntes filosóficas o estoicismo prega a necessidade de estar em consonância com a natureza para atingir a sabedoria. O único bem que existe é a virtude e o único mal o vício. O que não é virtude nem vício é indiferente, alheio. Para poder agir racionalmente é fundamental a tomada de consciência de situações alheias à nossa vontade. Entre os filósofos estoicos de maior proeminência estão Sêneca e Epicteto, para quem felicidade e realização pessoal são consequências naturais de atitudes corretas. O intuito de suas obras não era apenas afetar as pessoas através de ideias, mas fazer com que essas ideias fossem aplicadas às suas vidas. Não se destinavam a figuras abstratas, mas visavam àquele que tem o corpo como um instrumento e que deseja ser um genuíno ser humano. Ou seja, o cidadão comum e esclarecido. Estoicismo e filosofia não podem ser generalizados como panaceia para a saúde, mas passíveis de aplicação em situações específicas. Não são as coisas que inquietam os homens, mas as opiniões sobre as coisas. A doença e a morte nada têm de terrível, mas a opinião a respeito delas (de que são terríveis) é que é terrível (DINUCCI & JULIEN 2012).

Novamente enfatizamos que estoicismo não significa fatalismo apático, pois a não aceitação da doença fomenta pesquisas e impulsiona avanços científicos. Mas a opinião, ou percepção do processo saúde-doença, pode ser modificada. Da mesma forma que esse processo vem se modificando nas últimas décadas, com uma crescente prevalência de condições crônicas (CC), que ameaça não só a saúde humana, mas também o desenvolvimento econômico. As doenças crônicas, principais causas das CC, são responsáveis por 63% das mortes no mundo e por 75% nas Américas, com prevalência em países de baixa e média renda, e em pessoas abaixo dos 60 anos. A população das Américas, de forma semelhante ao restante do mundo, passa por um acelerado processo de envelhecimento, e pessoas acima de 60 anos perfazem hoje 10% da população, cujo número deve subir para 25% até 2050. Porém a epidemia de CC não pode ser atribuída somente ao

envelhecimento, pois mudanças de estilo de vida são os maiores determinantes de risco e doença, graças à industrialização, urbanização e globalização de produtos e padrões de consumo. Embora as CC não sejam transmissíveis, os fatores de risco que as predispõem são transmitidos culturalmente e se espalham em proporções alarmantes (PAHO 2011, WHO 2011).

Buscando uma forma de interferir nesse processo transmissor de fatores de risco em comum, bem como atrair e persuadir pessoas em condições crônicas de saúde a aderirem a programas específicos, para que possam aceitar e exercitar melhor o autocuidado e o cuidado compartilhado, essa pesquisa procurou identificar pensamentos de Sêneca e Epicteto sobre saúde, que pudessem contribuir para melhor qualidade de vida e atendimento mais humanizado no enfrentamento às condições crônicas e ocorrências adversas.

8.2 MÉTODO

Este estudo é uma revisão sistemática de bibliografia com análise do discurso em uma abordagem qualitativa. Foram consultadas duas obras de Epicteto (*Encheiridion* e *The Discourses*) e uma de Sêneca (*Moral Letters to Lucilius*), e por meio de análise do discurso buscaram-se teorias e pensamentos referentes à saúde. Para a busca avançada foram utilizadas as palavras, e suas derivadas, “saúde, doença, escolha, disciplina”, com as correspondentes em inglês “health, illness, disease, choice, discipline”. Sendo o discurso uma prática social ele só pode ser analisado em seu contexto histórico-social e reflete uma determinada visão do mundo vinculada à sociedade da época. Por isso alguns resultados foram descartados, por não se adequarem aos padrões contemporâneos. Alguns excertos continham palavras de busca distintas em seu conteúdo, sendo considerados apenas uma vez na redação. Outros ainda foram descartados porque continham a palavra de busca fora do contexto pesquisado.

8.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas três obras consultadas (uma em português e duas em inglês) foram encontradas as seguintes palavras de busca: saúde não foi detectada, doença aparece duas vezes, escolha nove e disciplina cinco; health quarenta e uma, illness vinte e sete, disease setenta e duas, choice vinte e duas e discipline cinco.

“Certas pessoas só encontram satisfação após a restauração da saúde, embora a saúde que nunca sofreu qualquer ameaça seja mais valiosa que a saúde restaurada. Ninguém deseja que tais coisas aconteçam, porém é louvável o tipo de resignação que algumas pessoas demonstram, em momentos de saúde abalada, grave sofrimento e mesmo em seus últimos dias de vida” (SÊNECA L 9; LXVI 40, 47). Pessoas saudáveis poucas vezes têm consciência de sua boa saúde, apenas dando o devido valor a práticas saudáveis depois que adoecem.

Neste sentido a filosofia pode auxiliar, pois é preciso perceber que as pessoas buscam saúde, felicidade e tranquilidade não onde elas estão, mas onde elas não estão. *“Quem estabelece uma disciplina de adquirir apenas as coisas essenciais, sem render-se ao consumismo, será sempre mais saudável e livre de perturbações. Não é difícil perceber quais são seus métodos, como consegue a cura e como se mantém com saúde em um ambiente saudável e com qualidade de vida” (EPICTETO *The Discourses*, pg 149).*

Sêneca relata que quando escapou do opressivo e mal cheiroso ambiente da cidade percebeu que sua saúde estava se recuperando. Por isso, dizia, é melhor que a carruagem esteja pronta para partir o mais breve possível. O mestre Gallio, acometido por uma febre em Achaia, de imediato tomou o primeiro barco, insistindo que a doença não está no corpo, e sim no ambiente em que estamos. *“Durante o tratamento uma pessoa não é ajudada pela esperança da saúde que virá, da mesma forma que um atleta não se revigora ao vislumbrar o subsequente período de repouso. Compreendemos a saúde do corpo e deduzimos a existência da saúde mental, como também conhecemos o vigor físico e dele inferimos a existência da força mental” (SÊNECA C 1; CIII 6; CXVII 26; CXX 5).* Essa força mental é que pode ser o mais poderoso aliado no acompanhamento e tratamento de condições crônicas.

“Assim, devemos encarar a doença como entrave para o corpo, mas não para a escolha. Rejeitar a doença ou a morte, além de tolice, nos torna infelizes. Alguém que vai aos banhos públicos deve considerar o que acontece na sala de banhos: pessoas que espirram água, empurram, insultam, roubam. Essa pessoa empreenderá a ação com mais segurança se pensar prontamente que quer banhar-se e manter a sua escolha. Do mesmo modo para qualquer ação, pois se houver

algum entrave ao banho, saberá que não queria unicamente banhar-se, mas também manter sua escolha. E não a manterá se irritar-se com os acontecimentos adversos que escapam à sua governabilidade” (EPICTETO Encheiridion, pg 17, 19, 21). Causa estranheza que alguns tabagistas, após uma vida com o hábito de fumar, surpreendam-se quando diagnosticados com problemas pulmonares.

“Quando alguém usa um traje adequado, ou caminha de acordo com o costume, ou janta como deve, não é a roupa, a caminhada ou o jantar que são bons. Boa é a escolha deliberada e racional que faz, e que é apropriada aos esforços humanos, pois o homem é, por natureza, um animal bem adequado. Portanto o bom não está na coisa escolhida, mas na qualidade da escolha. E isto nos é facultado, pois a natureza, de forma geral, nos produz em saúde e liberdade. É de bom preceito para a saúde abandonar os conselheiros da loucura e escapar para bem longe de companhias mutuamente funestas. Entretanto, hoje em dia, como aumentam os males da saúde! Esse é o preço que pagamos por prazeres que extrapolam tudo que é sensato e correto” (SÊNECA XCII 11; XCIV 56, 69; XCV 23). Já no século I Sêneca apontava para os fatores de risco amplamente disseminados pela liberalização dos costumes.

“Ao exercitarmos a escolha devemos comportar-nos como em um banquete. Uma iguaria que está sendo servida chega a nós? Estendendo a mão, tomemos nossa parte disciplinadamente. Se ela passa ao largo, não a persigamos. Se ainda não chegou, não projetemos o desejo, mas esperemos até que venha a nós. É preciso ser disciplinado, submeter-se a regime alimentar, abster-se de guloseimas, exercitar-se obrigatoriamente na hora determinada, tanto no calor quanto no frio” (EPICTETO Encheiridion, pg 25, 39). Essas escolhas devem ser racionais e permear todo o percurso da vida. “Porém aqueles cuja escolha é livre desde o início e começam a elucubrar sobre outra questão, ou seja, admitem a possibilidade de sucumbir a algo irracional, neste caso não há livre escolha” (SÊNECA XIX 3). A escolha deve fundamentar-se em crenças próprias, ainda que contrárias a uma corrente hegemônica, para que não se torne causa de infelicidade.

“A mente deve fundamentar sua escolha na virtude. O homem tolo ou preguiçoso, seduzido por maus hábitos, deve constantemente polir a mente enferrujada para aumentar sua resistência. Pergunte-se voluntariamente o que você

escolheria se algum deus lhe desse esta chance: uma vida em uma agitada cidade ou uma vida na tranquilidade do campo?” (SÊNECA XCV 36; XCVI 5). Porém é possível optar por escolhas saudáveis vivendo em uma grande cidade e também optar por escolhas não saudáveis vivendo no campo.

“Dentre as opções que a vida apresenta coisas que não trazem grandeza para a mente não são boas. A bainha não torna a espada boa ou ruim. Com o corpo acontece o mesmo. Claro que se houver opção eu escolho saúde e força, contanto que o sentido implícito do bom seja resultado de meu arbítrio em relação a essas coisas, e não das coisas em si. Por isso é loucura dizer a um homem doente o que ele deve fazer, como se ele estivesse bem, quando o que deve ser feito, prioritariamente, é restaurar sua saúde. Depois disso, aí sim, estabelecer uma disciplina baseada em preceitos específicos. Mas se os preceitos de saúde não forem estabelecidos de forma preventiva, de nada valeu o tratamento” (SÊNECA LXXXVIII 35; XCII 13; XCIV 22). Isso nos remete aos conceitos atuais de promoção da saúde, adequação de meio, controlar a doença e mudança consentida de hábitos.

*“Um estoico altera sua vontade para se adequar ao mundo e permanecer doente e feliz, em perigo e ainda feliz, morrendo e ainda assim feliz, no exílio e feliz, na desgraça e feliz, dessa forma afirmando um desejo individual completamente autônomo e, ao mesmo tempo, um universo que é um todo rigidamente determinista” (EPICTETO *The Discourses*, pg 67). Se esse indivíduo, ainda por cima, observa a moderação, com certeza terá boa saúde física. “Sem esses preceitos filosóficos a mente não é saudável, e tampouco o corpo o será, ainda que seja vigoroso como é o corpo de um louco. Esta é a principal forma de saúde a ser cultivada. O resto é consequência e envolve menor esforço, se o objetivo é apenas sentir-se bem fisicamente” (SÊNECA XIV 15; XV 1). Saúde não é apenas ausência de doença, mas uma relação muito mais complexa.*

Em saúde, o saber produzido e ensinado não parece vincular-se imediatamente a uma intenção assistencial de referência à totalidade e integralidade, e a maioria dos modelos de atenção à saúde não alcança esse objetivo. Mas seria insano creditar à falibilidade médica o insucesso no tratamento e recuperação de uma saúde negligenciada. Para chegar ao sujeito múltiplo que é o

objeto da atenção em saúde é necessário um saber múltiplo, em uma perspectiva de integralidade, e não em uma mera redução holística, que ao contrário de dar conta da totalidade humana, torna-a massa homogênea e virtual, desconsiderando suas emoções e existindo tão somente como produto de nosso imaginário (GOROWITZ & MACINTYRE 1976, LEOPARDI 2013, MENDES 2011). *“Se as emoções são corpóreas, também o são as doenças do espírito, tais como ganância, crueldade e todas as culpas que envenenam a mente, até se transformarem em algo incurável. A cura física é impossível sem a cura do espírito”* (SÊNECA CVI 6). Conceitos absolutamente compatíveis com somatização e as novas concepções sobre saúde mental.

O tratamento e a cura, mesmo que aconteçam em nível coletivo, devem levar em consideração as individualidades de cada sujeito. Este sujeito social e complexo não é dado, mas além de sua natureza, é construído pela ciência e pela consciência e não participa espontaneamente na vida social, seja por agregação ou por justaposição. Fatores de determinação interferem profundamente na condição social e de saúde do indivíduo, que requer autorização tácita ou explícita dos pares. Mesmo assim o *alter* social quase sempre é apreendido em uma interpretação mal feita e fragmentada, não alcançando nem tangencialmente o caminho da integralidade do outro. Esta situação dificulta a interação de muitos profissionais da saúde, tornando-os meros assistentes (LEOPARDI 2013, MENDES 2011).

Para uma atenção integral é necessário um conhecimento substancial da mente do outro. Muitas vezes quem sofre tortura está com a mente mais calma que o torturador. Com a doença ocorre o mesmo. Se for uma doença crônica alguns intervalos irão permitir períodos de descanso, concedidos pelo benefício do tempo; mesmo quando agudiza, esses breves períodos de tranquilidade ainda permanecem. *“Já uma doença aguda produz uma de duas coisas: ou se extingue espontaneamente ou é extinta por algum tratamento. E que importância tem isso, se em ambos os casos a dor termina? Em verdade é o corpo que é prejudicado pelos problemas de saúde, e não a mente. A doença tolhe os pés do corredor e dificulta o trabalho do artesão. Mas se a mente estiver bem é possível advogar e ensinar, ouvir e aprender, pesquisar e meditar. Que mais é necessário? Quem possui controle sobre sua doença simplesmente demonstra que ela pode ser vencida ou superada em qualquer grau”* (SÊNECA LXXI 5; LXXVIII 17, 20). Pessoas em condições

crônicas podem e devem, em um processo de inclusão, ser participantes do meio social e em atividade nas suas condições laborais.

É notável como algumas pessoas são autosuficientes, como se mostram felizes com parte de si mesmas. *“Se acaso perdem um membro, por doença ou pela guerra, ou se algum acidente lhes rouba um ou ambos os olhos, ficam felizes com o que permanece, conseguindo a mesma qualidade de vida com as restrições impostas ao seu corpo. Embora não esmoreçam pelas partes que perderam, com certeza prefeririam não perdê-las. Essas pessoas reinventam estilos de vida, alterando hábitos há muito tempo estabelecidos”* (SÊNECA IX 4). Esse nível de superação é alcançado por uma disciplina bem treinada, que traz felicidade e realização pessoal como consequências naturais de atitudes corretas.

É difícil alterar hábitos ou estilos de vida que nunca existiram anteriormente, ou que não foram fortalecidos por mente bem trabalhada. *“Quando alguém enraivece deve conscientizar-se de que não apenas a raiva está sobrevindo, mas também a instalação do hábito da raiva, o que maximiza o problema. Assim crescem as doenças do corpo ou da mente. Mas o racional (controle) e o irracional (descontrole) se manifestam em diferentes formas para diferentes pessoas, tais como o bem e o mal, o útil e o inútil. Exatamente por isso precisamos de disciplina, para aprender como adaptar esses conceitos em suas diversas formas temporais”* (EPICTETO *Encheiridion*, pg 64; *The Discourses*, pg 3). Conceitos sofrem mudanças consideráveis ao longo do tempo, como a inversão observada nos últimos anos sobre imposições sociais que levaram ao aumento do consumo de álcool e ao decréscimo no uso de tabaco.

“O mal que nos aflige não é externo, está dentro de nós. Por isso é difícil atingir a plena cura, pois muitas vezes nem sabemos que estamos doentes. Às vezes nem mesmo consultamos o médico, cujo trabalho seria muito facilitado se ele fosse procurado quando a enfermidade estivesse em seu estágio inicial. Quando iniciamos um tratamento, buscamos a cura. Mas quando realmente começa a cura? Quando jogamos fora os maus hábitos com toda sua virulência. Com as doenças da mente o caso é ainda mais grave: quanto mais severas, menos são percebidas, pois não envolvem sintomas físicos” (SÊNECA L 4; LIII 7; LXVIII 7). Em geral pessoas

mais disciplinadas são mais predispostas a mudarem seu comportamento para aliviar a doença que as aflige e colaboram no tratamento.

“Quando alguém é acometido por qualquer mal, deve praticar um estilo de vida semelhante ao de um homem saudável. Evitar excesso de comida, beber água, procurar inclusive evitar o desejo, mesmo que algumas vezes esse desejo esteja baseado na razão. Saúde é uma coisa boa, e doença é algo ruim? Não necessariamente. Ser saudável, e saudável da forma correta, é bom; ser saudável da forma ruim é que é ruim. Dessa forma é possível tirar vantagem da doença para manter uma vida saudável” (EPICTETO *The Discourses*, pg 96, 101). *“Saúde é algo temporário que um médico não pode garantir. A mente, entretanto, uma vez curada, é bem curada e para sempre. Quando a boa saúde é comprometida ocorre uma mudança para a “saúde doente”. Aparecem latentes sintomas que precedem a doença: lentidão, tremores, calafrios, uma lassitude que não é fruto de qualquer esforço”* (SÊNECA *LXXII 6; LXXIV 23, 32*). Mudança de hábitos ou formação de novos hábitos (*cura da mente*) é um processo complexo e lento, mas quando acontece de forma racional e consentida perdura por toda a vida.

“Um touro não se desenvolve rapidamente, e tampouco um homem de valor. É preciso estabelecer, sem pressa, uma séria disciplina no inverno para aproveitá-la no verão. E qual é o objetivo da disciplina? Antes de tudo, o maior e principal, que deveria figurar como palavras de pórtico: se nos apegamos profundamente a alguma coisa, e se essa coisa desaparecer, que possamos lembrá-la sem perturbações” (EPICTETO *The Discourses*, pg 4, 118). *“Atividades, físicas ou não, que sacodem a preguiça para fora do corpo, são vantajosas tanto para a saúde quanto para os estudos. Um homem com febre, ainda que leve, não está bem de saúde, pois boa saúde não combina com doença moderada. Mas o homem sábio, seja ele comandante ou soldado, pode desenvolver virtudes em meio à riqueza ou à pobreza, em seu país ou no exílio, com saúde ou doente. Qualquer que seja o destino que encontre, ele irá usá-lo para construir algo de valor e enfrentar os desafios que surgirem”* (SÊNECA *LXXV 1, 4; LXXXV 40*).

Essa disciplina pode ser extremamente útil no manejo de CC, que estão ligadas, principalmente, a quatro fatores de risco, aspectos nocivos da rápida urbanização e transição econômica: uso de tabaco, dieta não saudável, atividade

física insuficiente e uso abusivo de álcool. Estes fatores estão classificados entre os determinantes sociais da saúde. Sistemas de saúde desgastados não conseguem atender satisfatoriamente às pessoas nessas condições, que necessitam mais de intervenções em escala populacional do que individual. O cuidado inadequado aumenta em muito os riscos associados às CC, inclusive gerando incapacidades de longa duração e reduzidas chances de sobrevivência. Há evidências de que o autocuidado e o cuidado compartilhado, associados a mudanças de hábitos, diminuem esses riscos, tornando a pessoa usuária corresponsável pela gestão de sua condição (BLOOM et al 2011, MENDES 2011).

Para o desafio que se impõe ao manejo das condições crônicas, a governança inteligente propõe como as pessoas e os governos podem abordar a atenção à saúde em cinco dimensões estratégicas: colaboração; compromisso; regulação/persuasão; agências independentes e associações de experts; e políticas flexíveis, estruturas resilientes e previsão. Governança inteligente pode ser entendida como a aplicação inteligente do poder, ou seja, a combinação do forte poder financeiro de coação com o brando poder da persuasão e da atração (WHO 2012).

“Não desanimar de tratar alguém doente, mesmo quando a doença for crônica, desde que seja possível convencer esse alguém a certas mudanças. É preciso empenho para livrá-lo da doença e usar o tempo para construir uma mente sólida. É tolice pensar na morte para evitar a doença, pois esta é curável e não embaraça a mente. Isto seria uma derrota. Mas se a situação for extrema e a dor insuportável, a morte é uma saída digna, não por causa da dor, mas porque ela é um obstáculo a todas as razões para viver. Quem sai da vida só porque sente dor é um fraco, um covarde; mas quem vive apenas para enfrentar essa dor é um tolo” (SÊNECA XXV 2, LIII 9, LVIII 36). Há que se evitar interpretações precipitadas sobre eutanásia, distanásia e ortotanásia para identificar o valor implícito de honra e dignidade.

“Todo bem é desejável? É bom ser corajoso mesmo sob tortura, ir para o patíbulo com coração forte, enfrentar a doença com resignação. É melhor que nunca aconteça uma guerra, mas se ela sobrevier é mais nobre desejar poder suportar os ferimentos, a fome, e tudo que a guerra traz. Seria insano desejar a doença, mas se

ela se instalar, é mais nobre um comportamento que não demonstre covardia ou fraqueza” (SÊNECA LXVIII 3, 4). Novamente, não o fatalismo apático, mas o enfrentamento com nobreza, coragem e força.

“Tal qual um doente enfraquecido por longo tempo, e que esteja em uma situação que não pode ser removido de casa sem ter uma recaída, assim também uma pessoa é afetada quando sua mente está se recuperando de uma prolongada doença. As doenças da mente são vícios, como ambição ou cobiça que endurecem e tornam-se crônicos. Em resumo, por doença da mente entende-se uma contínua perversão do juízo, de forma que o que não deveria ser desejável passa a ser altamente desejável” (SÊNECA VII 1, 7; LXXV 11). Concepções hedonísticas levaram a uma liberalização dos costumes com consequências desastrosas para a saúde.

“Não importa quão insignificantes as doenças pareçam de início, elas evoluem em ritmo acelerado. Às vezes o menor progresso da doença se deve a um corpo debilitado. A medicina começa a mostrar-se útil quando um leve toque faz o corpo doente formigar. Isto é o início da cura. E há um conselho que é a própria cura, não só da doença, mas de toda a vida: “Desprezem a morte”. É possível superar o sofrimento que a doença traz se considerarmos os resultados com desprezo” (SÊNECA LXXXV 12; LXXVIII 5, 12; LXXXIX 19). Comprovadamente um organismo debilitado facilita a instalação de doenças, mas encarar a morte como algo natural e inevitável fortalece a mente.

“Tal como sofisticados banquetes e roupas luxuosas falam de um estilo de vida doente, igualmente um comportamento desregulado mostra que a mente perdeu seu equilíbrio. Quando a doença gradualmente devorou o caráter, e hábitos irregulares penetraram na medula e nos nervos, como a alma lamenta a visão dos membros que, por sua indulgência, tornaram-se inúteis! Em vez de seus próprios prazeres, o indivíduo passou a almejar os alheios; tornou-se intermediário e testemunha de paixões que, como resultado da própria insatisfação, já deixou de sentir” (SÊNECA CXIV 11). Isso remete diretamente à disseminação de hábitos que favorecem a instalação dos fatores de risco.

“Entre a insanidade das pessoas em geral e a insanidade daqueles em tratamento médico não existe diferença, exceto que os últimos sofrem de doenças e

os primeiros sofrem de falsas opiniões. E nem mesmo a medicina pode dominar doenças incuráveis; quando muito, algumas vezes atua como remédio, outras vezes apenas como alívio. A mente doente deve ser tratada cuidadosamente para libertar-se de culpas ou da propensão ao mal. Estes objetivos podem ser alcançados pelas principais doutrinas filosóficas. Mas nem mesmo o poder da filosofia universal, embora convoque todas as forças nesse objetivo, consegue remover da mente o que já se transformou em uma doença obstinada e crônica” (SÊNECA XCIV 13, 17, 24). Isto é a confirmação de que nem o estoicismo, nem a filosofia, pretendem apresentar-se como panaceia para a saúde, e tampouco usurpar a função da medicina.

“Não é preciso mencionar as inumeráveis doenças que resultam de viver faustosamente. As pessoas costumam estar livres desses males quando não afrouxaram sua resistência pela indulgência e exercitam o autocontrole. Fortalecem o corpo pelo trabalho pesado, cansando-se pela corrida, pela caça ou lavrando a terra. São saciadas por um alimento que só proporciona prazer a quem está faminto. Para estas pessoas não há necessidade de toda a superparafernália médica, nem de tantos instrumentos e pílulas. Hoje são necessários cursos sofisticados para decifrar sofisticadas doenças. Há um acúmulo delas por conta de tantas combinações exóticas de alimentos, pois as maneiras de adoecer são tantas quanto são as maneiras de viver. As doenças são incalculáveis, da mesma forma que é incalculável o número de cozinheiros. E se a alimentação em si é exótica também as doenças serão complexas e incontáveis. Por conta de diversos hábitos nocivos até as mulheres deixaram de ter os privilégios de seu gênero. Esqueceram a natureza feminina e estão condenadas a sofrer as mesmas doenças dos homens” (SÊNECA XCV 18, 19, 21, 23, 29). É impressionante a atualidade deste texto, embora descreva o século I d. C.

“Quando uma doença nos deixa temerosos e o quadro clínico se agrava, devemos confessar que em verdade temíamos pela vida. Mas convenhamos que quando rezamos por uma vida longa é exatamente isso que estamos pedindo. Uma vida longa inclui todos esses problemas, velhice e doenças agudas e crônicas, assim como uma longa viagem inclui poeira, chuva e lama” (SÊNECA XCVI 3). Isso é um contraponto racional ao paradigma positivista de uma vida longa e saudável, isenta de doença, tristeza e sofrimento.

“Ao examinarmos nossa infância, com olhos de pesquisador, somos levados a pensar que essa é a melhor idade. Porque com o passar do tempo surgem doenças e a velhice pesa sobre nós, enquanto ainda pensamos na juventude. Provavelmente a citação de Virgílio está certa, porque “velhice é uma doença que não podemos curar” (SÊNECA CVIII 28, 29). Conceito coerente com as modernas teorias de condições de saúde; a velhice é um ciclo da vida encarado como condição crônica.

“É melhor ter emoções moderadas ou não tê-las de nenhuma forma? Estoicos rejeitam as emoções e os Peripatéticos aconselham a controlá-las. Com isso o estoicismo não rouba qualquer privilégio que alguém não queira perder, e aceita com certa indulgência coisas pelas quais todos lutam. Simplesmente propõe jogar fora os maus hábitos, a causa básica das doenças, principalmente as crônicas. Essa causa que parece ser uma suscetível revolta contra a existência natural, como se percebe em algumas pessoas que se diferenciam tanto de outras por suas vestes, ou por sofisticadas receitas em seus jantares, ou pela elegância de suas carruagens” (SÊNECA CXXII 18). O atual milênio sinaliza o desenrolar de uma dramática ressignificação de valores para dimensionar se mais vale dispor de tecnologias sofisticadas, esquecendo a subjetividade, ou aproximar, como valores simultâneos e inseparáveis, o mundo objetivo e o mundo subjetivo. Existem incertezas tanto nas verdades científicas como nas tradicionais verdades humanas (LEOPARDI 2013, MENDES 2011).

“É fundamental disciplinar a mente para compreender e superar o próprio destino, e deixá-la ter o conhecimento que nada ameaça. Aprender a saudar cada dia assim que começa, e deixar que seja bem vindo como se tivesse sido escolhido. Apoderar-se deste dia bem como das rédeas da própria vida” (SÊNECA XCI 15; CVIII 27).

8.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Condições crônicas requerem uma atenção diferenciada, baseada no autocuidado, cuidado compartilhado e mudança de hábitos, porém levando em consideração diversas questões sociais intimamente relacionadas aos determinantes de saúde. A filosofia, e em especial a Escola Estoica, disponibiliza conhecimentos para melhorar a disciplina e o livre arbítrio, não como doutrina a ser

imposta, mas a ser trabalhada em uma base flexível, conscientizando as pessoas de sua responsabilidade decorrente da livre escolha. Não pretende fazer apologia do sofrimento, tampouco estimular a eutanásia para condições extremas. Pretende, sim, tornar o indivíduo consciente das adversidades da vida, e mais resistente para enfrentar essas diversas ocorrências. Pessoas usuárias inscritas em programas específicos de condições crônicas às vezes são atendidas por profissionais de saúde tão doentes quanto elas próprias. Estes profissionais são cobrados duplamente: de um lado, por cidadãos crescentemente empoderados por novos meios de comunicação, hábeis em exigir seus direitos, porém alheios ao cumprimento de deveres que suas escolhas impõem; de outro lado, pressionados por gestores com lógica produtivista e a possibilidade de sofrerem diversas sanções restritivas. Se juntarmos a isso condições inadequadas de trabalho, estruturas físicas deficientes, falta de motivação e conflito de interesses político-partidários, comprova-se uma condição crônica talvez pior que das pessoas usuárias.

Em nossa hedonística busca por uma vida longa e sem doenças, chegamos à insanidade de almejar que seja eterna. Sofremos e nos angustiamos que os bons e saudáveis momentos da vida não sejam perenes, perdendo a oportunidade de desfrutá-los em sua integralidade. Em meio a uma ética e moral conturbadas, corrompidas por interesses financeiros e propaganda desleal, algo mais forte que o normal é preciso, algo que jogue para longe esses males crônicos. Para arrancar crenças pré-estabelecidas em ideias errôneas o comportamento deve ser regulado por doutrinas. Mas devemos adicionar preceitos, compaixão e estímulo a essas doutrinas para que sejam compreendidas e prevaleçam. Apenas como doutrinas caem em uma retórica vazia e ineficaz.

REFERÊNCIAS

Alvarenga ATde, Vasconcellos MdaP, Adorno RdeCF. (2011) A Contribuição das Ciências Sociais e Humanas na Pesquisa, no Ensino e na Formação em Saúde. *Saúde Soc.* 20(1),9-15.

Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom, LR, Fathima S, Feigl AB, Gaziano T, Mowafi M, Pandya A, Prettner K, Rosenberg L, Seligman B, Stein A, Weinstein C. (2011) *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum, 2011. Available at www.weforum.org/EconomicsOfNCD access on 12-15-2012.

De Salazar L. (2011) *¿Funcionan y son efectivas las intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades crónicas? ¿Qué dice la evaluación?* Programa Editorial, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Dinucci A, Julien A. (2012) *O Encheiridion de Epicteto*. Aracaju. Viva Vox.

Epictetus. (2012) *O Encheiridion*. Available at <http://ia601204.us.archive.org/24/items/OEcheiridionDeEpictetoEdicaoBilingue/enchbifinal26.04.12.pdf> access on 07-01-2013.

Epictetus. (2013) *The discourses*. Available at <http://pensamentosnomadas.files.wordpress.com/2012/08/the-discourses.pdf> access on 07-01-2013.

Gorovitz S, MacIntyre A. (1976) Toward a theory of medical fallibility. *J Med Philos* 1(1),51-71. doi: 10.1093/jmp/1.1.51.

Leopardi MT. (2013) *A filosofia no ensino como alicerce das ações dos profissionais da saúde*. Available at <http://leopardi.pro.br/news.htm> access on 07-02-2013.

Marsiglia RMG, Spinelli SP, Lopes MF, Silva TCP. (2003) Das ciências sociais para as ciências sociais em saúde: a produção científica de pós-graduação em ciências sociais. *Ciênc. Saúde coletiva*. 8(1),275-285.

Mendes EV. (2011) *As redes de atenção à saúde*. Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

Minayo, M.C. de S. (1992) *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO.

Nunes, E.D. (2003) *Ciências sociais em saúde: um panorama geral*. In: *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Goldenberg, P., Marsiglia, R.M.G. e Gomes, M. H. de A. (orgs). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

PAHO - Pan American Health Organization. (2011) *Non-communicable diseases in the Americas: building a healthier future*. Washington, D. C.: PAHO. Available at http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&qid=14832&Itemid= access on 02-15-2012.

Pellegrino ED. (1976) Philosophy of medicine: problematic and potential. *J Med Philos* 1(1),5-31.

Sêneca. (2013) *Moral letters to Lucilius (Epistulae morales ad Lucilium)*. Available at http://en.wikisource.org/wiki/Moral_letters_to_Lucilius access on 07-01-2013.

WHO – World Health Organisation. *Global status report on non-communicable diseases 2010*. (2011) Italy, WHO Library. Available at http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ access on 06-21-2011.

WHO - World Health Organization. (2012) *Governance for health in the 21st century*. Paris. Available at <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/governance-for-health-in-the-21st-century> access on 03-21-2012.

Somos todos escritores. Só que
uns escrevem, outros não.

José Saramago (1922-2010)

9. CONCLUSÕES GERAIS

Cidades Saudáveis e Cittaslow buscam, dentro e fora dos serviços de saúde, soluções que levem à promoção da saúde e à melhor qualidade de vida, atuando no contexto social e na estrutura do ambiente urbano que as determina. Propõem cidadãos e agentes públicos participantes, atuando na formulação de políticas públicas e na tomada de decisões para superar os problemas urbanos que se apresentam na maioria das cidades contemporâneas.

Em meio a diversas correntes de pensamento e filosofias práticas para melhorar a qualidade de vida e a saúde das pessoas, parece haver um *leitmotiv* que regeria todo o processo: o ser humano deve se empoderar para agir (ou influir) sobre as condições que possam determinar sua saúde, no plano coletivo, e responsabilizar-se por suas escolhas, no plano individual. Nenhum sistema de saúde se mantém sustentável tratando indefinidamente, com custos progressivos, sociedades iníquas e nas quais a distribuição social das doenças/agravos apresenta marcantes gradientes.

Cidades saudáveis envolvem complexas heterogeneidades. Para trabalhar essas diferenças é preciso compreender que os conceitos implicados com Cidades Saudáveis e Cittaslow exigem não só a busca de resultados, mas também compromissos e alianças para a implantação de infraestrutura e desenvolvimento de processos que colocam a saúde no topo da agenda política e social das cidades. É preciso enfatizar a governança pública, a equidade e a solidariedade participativa, com um plano coesivo de ação intersetorial para enfrentar os determinantes da saúde.

A experiência internacional das duas últimas décadas revela que a participação pública tem sido muito irregular, mesmo sabendo-se que uma cidade saudável não se desenvolve sem a participação efetiva da comunidade e dos agentes políticos. Porém, em qualquer nível, Cidades Saudáveis e Cittaslow traduzem um aumento na capacidade de comunidades identificarem e resolverem problemas. E essa mudança na capacidade pode ser o seu melhor resultado. A falta de continuidade no processo é outro grave problema identificado, principalmente em períodos de mudança de governo local.

Uma análise crítica dos processos de determinação e condicionamento histórico e social leva a crer que os mais fragilizados, em suas condições materiais de vida, são os mais atingidos em cidades que não praticam a produção de políticas públicas saudáveis. Algumas experiências frustradas de projetos de Cidades Saudáveis e Citaslow, após algum tempo de implantação, indicam como um importante determinante para o insucesso a ausência de compromisso político por parte de atores-chave, tais como gestores que não tenham solicitado ou participado da formulação dos projetos, apenas permitindo sua implantação, e cidadãos apassivados diante dos problemas urbanos. Nesses casos os projetos tendem a ter pouca influência em políticas municipais. No entanto, mesmo nestes casos, algumas práticas permanecem como uma forma de “memória” residual, como um inconsciente coletivo: depois de mudarem suas rotinas para formas de viver mais saudáveis as pessoas continuam a agir mais saudavelmente, sem se aperceberem disso, mesmo sem estímulos políticos.

Como as cidades têm diferentes estruturas e evoluem de maneira diferente é impossível estabelecer uma escala padronizada de avaliação ou mesmo uma causalidade direta entre variáveis independentes e desfechos em saúde. Sociedades multiétnicas sentem a falta de um grupo de identidade contrastivo para uma comparação, pois processos de confrontação, dominação, resistência e convergência ocorrem simultaneamente, tanto no plano simbólico quanto no plano de relações sociais, tornando muito difícil estabelecer quem é “nativo” e quem é “estrangeiro”. No presente trabalho, foi mais produtivo seguir o método socioantropológico e considerar cada povo (ou cidade) como um organismo único e somente passível de avaliação dentro de seu próprio contexto, mediante uma abordagem de etnografia urbana. Ao invés de resultados quantitativos algumas mudanças qualitativas de processo puderam apontar sinais de sucesso e evidenciar indicadores intermediários mais sensatos.

A análise da qualidade do desenho no estudo das UBS em Curitiba, conforme exposto no artigo 3 e nos capítulos 2, 3 e 4 mostrou que a intervenção do MACC foi coerente com o perfil epidemiológico da população e os agravos estabelecidos, incluindo a sistematização da experiência com foco na sua fundamentação teórica, suficiência e viabilidade de implantação. O cronograma de atividades foi exaustivamente revisto e modificado, sempre buscando aperfeiçoar prazos e

recursos que não gerassem solução de continuidade no processo. Nem todos os indicadores definidos foram factíveis de coleta e controle, principalmente com relação à depressão. Esta situação já havia sido aventada no início do LIACC, devido à relativa contemporaneidade do agravo, mas foi considerada como mais um desafio no processo.

Por outro lado, a análise de contexto e estrutura possibilitou conhecer o espaço sociocultural em que as ações foram desenvolvidas, tanto em relação ao perfil das equipes, populações e territórios, quanto à percepção de profissionais e usuários sobre a capacidade institucional e o processo de cuidado às D/CC. Profissionais e pessoas usuárias, em seus relatos, surpreenderam-se descobrindo aptidões e habilidades que até então desconheciam, entre seus pares e em si próprios. Essa conscientização de situações foi um dos principais facilitadores em todo o processo. A partir das dimensões analisadas foi possível identificar uma estreita associação entre as mudanças ocorridas pela implantação do MACC e a melhora no cuidado às D/CC, e mesmo uma contribuição das ações propostas por este modelo de atenção. Algumas mudanças podem ser atribuídas ao MACC, como o CUCO e o autocuidado, porém uma análise de causalidade mais aprofundada talvez fosse possível depois de transcorrido um tempo maior, a partir de um delineamento de estudo longitudinal.

Na elaboração de políticas de enfrentamento às doenças/condições crônicas ficou demonstrada pouca atenção às doenças bucais, como cárie dental e doença periodontal. Porém é inegável o papel de liderança mundial que a OMS tem desempenhado no combate às doenças/condições crônicas por meio de advocacia e influência para inclusão da saúde em todas as políticas. Parcerias com diversas organizações e governos nacionais sugerem a possibilidade real de construção de agendas, com ações que beneficiam milhões de pessoas.

Nesta linha, entidades de saúde bucal também deveriam estabelecer parcerias/alianças para advogarem, junto à OMS, por políticas multissetoriais, direcionadas principalmente aos profissionais que atuam na atenção primária. As Redes de Atenção à Saúde poderiam auxiliar nesta interconexão de equipes, potencializando o proposto por políticas desenvolvidas e estabelecidas em consenso com os vários setores envolvidos.

Doenças e condições crônicas requerem uma atenção diferenciada, baseada no autocuidado, cuidado compartilhado e mudança de hábitos. A filosofia, e em especial a Escola Estoica, disponibiliza conhecimentos para melhorar a disciplina e o livre arbítrio, não como doutrina a ser imposta, mas a ser trabalhada em uma base flexível, conscientizando as pessoas de sua responsabilidade decorrente da livre escolha. Não pretende fazer apologia do sofrimento, tampouco estimular a eutanásia para condições extremas. Pretende, sim, tornar o indivíduo consciente das adversidades da vida, mais resiliente e resistente para enfrentar essas diversas ocorrências. Pessoas usuárias de serviços de saúde, inscritas em programas específicos de condições crônicas, às vezes são atendidas por profissionais de saúde tão doentes quanto elas próprias. Estes profissionais são cobrados duplamente: de um lado, por cidadãos crescentemente empoderados por novos meios de comunicação, hábeis em exigir seus direitos, porém alheios ao cumprimento de deveres que suas escolhas impõem; por outro lado, pressionados por gestores com lógica produtivista. Se juntarmos a isso condições inadequadas de trabalho, estrutura física deficientes, falta de motivação e conflito de interesses político-partidários, comprova-se uma condição crônica bastante grave.

Quando o trabalho é repetitivo e de subordinação remete ao castigo bíblico, ou ao instrumento de tortura *tripalium*, de onde deriva o termo trabalho. Isso faz com que a saída seja trabalhar menos, no menor tempo possível e correr desesperadamente atrás da aposentadoria. Todos nós conhecemos casos exemplares. Mas se a atividade laboral for intelectualmente criativa, correspondendo à vontade e competência, isso satisfaz a necessidade arquetípica de autorrealização. Desta forma trabalho, estudo e lazer se mesclam, caracterizando o ócio criativo.

Em nossa hedonística busca por uma vida longa e sem doenças, chegamos à insanidade de almejar que seja eterna. Sofremos e nos angustiamos que os bons e saudáveis momentos da vida não sejam perenes, perdendo a oportunidade de desfrutá-los em sua integralidade, quando se apresentam. Em meio a uma ética e moral conturbadas, corrompidas por interesses financeiros e propaganda desleal, algo mais forte que o normal é preciso, algo que jogue para longe esses males crônicos. Somente quando adicionarmos compaixão e estímulo aos preceitos do

bem-viver eles prevalecerão. Por si mesmos caem em uma retórica vazia e tornam-se ineficazes.

REFERÊNCIAS GERAIS

ANDRADE LOMd, BARRETO ICdHC. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: Minayo MCdS, Miranda ACd, editores. *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 2002.

ASHTON J. *Healthy cities*. UK: Open University Press; 1992.

BARTHES R. *Mitologias*. Rio de Janeiro: Editora Difel, 11^a. ed; 2003.

BARTON H, MITCHAM C, TSOUROU C. *Healthy Urban Planning in practice: experience of European cities*. Copenhagen, WHO Europe 2003, available at <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd31/e82657.pdf> access on 02-04-2011.

BRASIL - Ministério da Saúde, DEAB. Coordenação nacional de hipertensão e diabetes. Available at http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/publicacao_janeiro_21_01_2011.pdf access on 17-04-2011.

CITTASLOW MOVEMENT (official website), available at <http://www.cittaslow.net/> access on 06-03-2011.

COHEN LK, BENZIAN H, BERGMAN M. UN Summit: Stepping Up Efforts to Address Oral Diseases. 2012, *Compendium*, 33:4.

DE MASI D. *O ócio criativo*. Rio de Janeiro: Ed. Sextante, 2000.

FALLER JW, MELO WAde, VERSA GLGdaS, MARCON SS. Qualidade de vida de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Foz do Iguaçu-PR. 2010, *Esc Anna Nery, (impr.)* 14 (4):803-810.

FDI – Fédération Dentaire Internationale / World Dental Federation. WHO documents pay only lip service to oral health, 2012. Available at http://www.fdiworldental.org/news?p_p_id=56_INSTANCE_HjF1&newsId=389313 access on 11/12/2012.

FERRAZ ST. A pertinência da adoção da filosofia de cidades saudáveis no Brasil. *Saúde em Debate*; 1993(41):45-49.

FRANÇA LHdeFP, MENEZES GS, SIQUEIRA AdaR. Planejamento para aposentadoria: a visão dos garis. 2012, *Rev. Bras. Geriatr. Geront.* 15(4).

HANCOCK T. The evolution, impact and significance of the Healthy Cities/Heath Communities Movement. *J Pub Health Policy* 1993; 14(1).

HANCOCK T, GROFF P. *Information Technology, Health and Health Care: a view to the future*. Ottawa. Canadian Policy Research Networks, 2000, available at http://www.cprn.org/documents/18426_en.pdf access on 07-04-2011.

HANCOCK T. Creating environments for health – 20 years on, in The Ottawa Charter for Health Promotion: a critical reflection. *IUHPE – Int Union Health Promotion Edu* 2007;(Supl 2):55-56.

LEOPARDI MT. *A filosofia no ensino como alicerce das ações dos profissionais da saúde*. Available at <http://leopardi.pro.br/news.htm> access on 07-02-2013.

MENDES EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

MINAYO MCdeS, HARTZ ZMA, BUSS PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. 2000, *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):7-18.

MONTERO-SOUTO P. *The Urban Question in the New Millennium*, in *Pedagogía Social, Ciudadanía y Vida Urbana: realidades y perspectivas educativas de la sostenibilidad em las ciudades españolas*. Departamento de Teoría de la Educación, Historia de la Educación y Pedagogía Social, Universidad de Santiago de Compostela, 2012. Available at http://dspace.usc.es/bitstream/10347/6084/1/rep_225.pdf access on 07-14-2012.

MOYSÉS SJ. *Oral health and healthy cities: an analysis of intra-urban differentials in oral health outcomes in relation to "healthy cities" policies in Curitiba, Brazil*. 2000, Ph.D. Thesis. The Royal Free and University College Medical School, Department of Epidemiology and Public Health. University College London, London, 386pp.

NUNES ED. *Ciências sociais em saúde: um panorama geral*. In: *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Goldenberg, P., Marsiglia, R.M.G. e Gomes, M. H. de A. (orgs). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003

PAHO - Pan-American Health Organization. *Non-communicable diseases in the Americas: building a healthier future*. Washington, D. C.: PAHO, 2011. Available at http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&qid=14832&Itemid= access on 02-15-2012.

PERÚ – Ministerio de Salud. *Guía Metodológica para la implementación de municipios saludables*. Lima, 2006 available at http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/147_guiacomun.pdf access on 03-04-2011.

RADSTROM S. A place-sustaining framework for local urban identity: an introduction and history of Cittaslow. *Italian J Planning Practice* 2011; (1).

REES WE. Globalization and sustainability: Conflict or convergence? *Bulletin of Science, Technology and Society*, 2002; 22 (4):249-268.

SEIDL EMF, ZANNON CMLda. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. 2004, *Cad. Saúde Pública*, 20(2):580-588.

SÊNECA. *Moral letters to Lucilius (Epistulae morales ad Lucilium)*. Available at http://en.wikisource.org/wiki/Moral_letters_to_Lucilius access on 07-01-2013.

SLOW MOVEMENT (official website) available at <http://www.slowmovement.com/aboutus.php> access on 21-04-2011.

WHO - World Health Organization Regional Office for Europe. *Twenty steps for developing a Healthy Cities project*, 3rd ed, Copenhagen, WHO 1997. Available at http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/101009/E56270.pdf access on 05-03-2011.

____ - World Health Organization. The world health report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope available at http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf access on 19-04-2011.

____ - World Health Organization. *Global status report on non-communicable diseases 2010*. Italy, WHO Library, 2011. Available at http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ access on 06-21-2011.

____ - What quality of life? 1996, available at http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/54358/1/WHF_1996_17%284%29_p354-356.pdf access on 01-20-2014.

A questão é saber se você pode obrigar
as palavras a querer dizer coisas
diferentes.

A questão é mostrar a elas quem
manda.

Lewis Carroll (1832-1898)

10. APÊNDICES

APÊNDICE A

Capítulos do livro “Moysés ST, Silveira Filho AD, Moysés SJ (org.). Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: A implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná”. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012. 193 p.: il. Disponível em http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/11/livro_estudo-de-caso-alvorada.pdf

Validação transcultural dos instrumentos ACIC e PACIC para avaliação da percepção das equipes e das pessoas usuárias sobre a atenção às condições crônicas

*Simone Tetu Moysés
Solena Ziemer Kusma
Gerson Luis Schwab*

Percepção das equipes e usuários sobre o processo de intervenção na UBS Alvorada

*Simone Tetu Moysés
Gerson Luis Schwab
Maria Cristina Tanaka Arai*

Análise do processo de implantação do LIACC na UBS Alvorada: lições aprendidas e descobertas

*Simone Moysés
Maria Cristina Tanaka Arai
Gerson Luis Schwab*

Você irá escrevendo, escrevendo, se
aperfeiçoando, progredindo, progredindo aos
poucos: um belo dia (se você aguentar o tranco) os
outros percebem que existe um grande escritor.

Mário de Andrade (1893-1945)

APÊNDICE B

Capítulo do livro “Moysés ST, Silveira Filho AD, Moysés SJ. (org). A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária em saúde”. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde /Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2013, 390 p.: II (NavegadorSUS), disponível em http://apsredes.org/site2013/wp-content/uploads/2013/11/Mod_Atencao_Curitiba.pdf

5.1 Referencial teórico

*Simone Tetu Moysés
Gerson Luis Schwab*

5.2 Desenho da Pesquisa Avaliativa

*Simone Tetu Moysés
Gerson Luis Schwab*

5.3 As Unidades amostrais

*Simone Tetu Moysés
Gerson Luis Schwab*

5.4 Construção dos Indicadores de Avaliação

*Simone Tetu Moysés
Gerson Luis Schwab*

5.5 Validação Transcultural dos Instrumentos para Avaliação do Cuidado as Condições Crônicas

*Simone Tetu Moysés
Solena Ziemer Kusma
Gerson Luis Schwab*

5.6 Resultados processuais da implantação do MAAC nas UBS de Curitiba

*Simone Tetu Moysés
Gerson Luis Schwab
Roberto Eduardo Bueno
Izabel do Rocio Costa Ferreira*

O estilo deve ter três virtudes: clareza, clareza e clareza.

Montaigne (1533-1592)

APÊNDICE C

ARTIGO 2 (versão em inglês)

(Artigo submetido à Health Promotion International em 03-01-2014).

HOW HEALTHY CITIES AND CITTASLOW CAN HELP PEOPLE IN CHRONIC CONDITIONS: A COMPARATIVE STUDY

ABSTRACT

Urban health is strongly linked to mental illness, being overweight, smoking behaviors, diabetes mellitus, hypertension and coronary disease, most of them chronic diseases/conditions. Healthy Cities/Cittaslow are urban initiatives that acknowledge the importance of such societal and cultural contexts/factors as social determinants of health, whereas the more commonly considered factors such as access and use of health care services often have less impact. Changes in social environment and lifestyle are now major determinants of risk and disease at all ages. Based on principles of Healthy Cities/Cittaslow this research aimed to observe and compare five healthy cities' social and physical structures that could improve the prevention and management of CCs. It is a qualitative observational, comparative study from a socio-anthropological perspective carried out in five cities. Improved capacity of local communities to identify and address problems could be the best outcome from Healthy Cities/Cittaslow. The capacity to change urban environments and social habits to ones that promote a healthier lifestyle may help to lessen the impact of chronic diseases/conditions.

KEYWORDS

Healthy cities. Health promotion. Health policies. Chronic conditions. Social participation.

5.1 INTRODUCTION

Health and safety conditions for people living in cities have been largely emphasized by health, social and environmental sciences. Urban features have an impact on individuals and communities, and public health policies can regenerate disadvantaged areas; protect the mixed use of buildings, housing and services; support conservation and use of cultural heritage; reduce car dependency and traffic congestion and improve mobility and accessibility. These actions help people to establish relational societies, where individuals can understand urban space not just as the duality between house (private) and city (public), but also as major spheres of social interaction (DaMatta, 1997; Montero-Souto, 2012).

Healthy Cities is a global movement that engages local communities and governments in improving public health through a process of public policies that envisages enabling people, in mutual support, to achieve their full potential. Healthy Cities emphasizes the need to address social inequalities that may negatively affect health, particularly of the most vulnerable groups, through democratic processes of participatory governance. The movement advocates for health in all policies by generating momentum in many agendas, such as in economics, urban development and regeneration efforts, that address health promotion and quality of life concerns. This is a counterpoint to the idea that the city is an entity divorced from its residents, thought as a result of demographic variables, real estate interests and other factors of “natural” order, and not as a scenario that impacts strongly on dwellers’ life and health (Ashton, 1992; Hancock, 2000; Magnani, 2002; Awofeso, 2003; WHO, 2013).

Health promotion initiatives acknowledge the importance of societal and cultural contexts to health and actively seek to involve community members. The Healthy Cities movement is distinctly recognized for its strong emphasis on the commitment and involvement of local government. For example, cities interested in participating in the California Healthy Cities Project must obtain a city council resolution supporting their participation (Hancock, 1993; Kegler *et al.*, 2000).

The same idea of social responsiveness to a city’s development generated a new movement in Italy, the *Rete Internazionale della Città del Buon Vivere* – Cittaslow. Cittaslow is endorsed by mayors of diverse towns and supported by the Slow Food Movement, which aims to preserve local foods, traditionally prepared and slowly enjoyed. The aim of Cittaslow, enlarging the philosophy of Slow Food, is to slow down the pace of life, valuing a time when humans were still protagonists in the slow and healthy succession of seasons and enjoyed slow and quiet living. Cittaslow is an organized network of small cities attempting to focus urban and regional plans, to promote wellbeing in urban life, in a time of globalization and rush that has led to homogenous urban areas, which no longer valued local identity (Radstrom, 2007; CITTASLOW, 2011).

Of interest herein is the connection between community- and health-oriented urban living and non-communicable diseases (NCDs). In the last decades, the health sector has experienced an increasing burden of NCDs. The global burden of NCDs

continues to grow and constitutes one of the major challenges for development in the 21st century, especially in low and middle-income countries (Hancock, 1993; PAHO, 2011; WHO 2011). These diseases are responsible for 63% of all deaths around the world, with about one-fourth of global NCD-related deaths now taking place before the age of 60, with this burden spreading in epidemic proportions (PAHO, 2011; Montero-Souto, 2012).

Unlike infectious disease, NCDs are not communicable through microscopic pathogens; the risk factors that cause these diseases are transmitted through local context, culture and knowledge. Those seeking biological pathways and causal links between social determinants, lifestyles, and diseases, can find them in the epigenetic lifestyle-induced alterations in DNA's functions (Loi *et al.*, 2013; Petersen *et al.*, 2013; Zeilinger *et al.*, 2013). Throughout the life course, environmental influences, aging, and lifestyle factors interact with and stimulate beneficial or detrimental biochemical changes in DNA.

NCDs are mainly caused by distal social determinants and by four major proximal lifestyle risk factors: tobacco use, harmful use of alcohol, unhealthy diet, and insufficient physical activity, which together cause about half of premature mortality in urbanized and industrialized countries (WHO, 2010). NCDs are growing at the fastest rate in low-income countries, and strained health systems have little time to react to the complexity of needs created by this burden (Tasca, 2011). NCDs are often also chronic conditions (CCs), as well some infectious diseases (HIV/AIDS, tuberculosis) and life cycles (adolescence, aging), affecting the quality of life over long periods of time. In this sense it is essential that a new CC care model be built, with continuous, proactive and intersectoral work coordinated by primary health care systems. There is evidence, in countries like Brazil, Canada, Italy, and Spain that this model of health care networks improves CC management, emphasizing determinants of health, common risk factors and inequalities in the social environment (Bloom *et al.*, 2011; Mendes, 2011).

The CCs "epidemic" has been triggered by unprecedented demographic, economic and societal urban changes. The underlying determinants of chronic conditions are a reflection of forces driving social, economic and cultural change: globalization, urbanization, population ageing, and the general policy environment.

The increased consumption of diets high in fat, salt and sugar, even in low and middle-income countries, is driven partly by shifts in demand-side factors, such as increased income and reduced time to prepare food (WHO, 2005). Policies by central and local government on food, media advertising, transport, urban design and built environment shape opportunities for people to make healthy choices.

Proponents of Healthy Cities/Cittaslow argue that health efforts will be thwarted if the pace of modern life is not revised. For modern humans, time is understood to be a limited resource, like oil or water. The perceived lack of time is also a chronic condition, thus without remedy. Based on the principles of Healthy Cities/Cittaslow and considering the spread of CCs and disparities within health systems, this comparative research study aimed to observe and compare five healthy cities' social and physical structures that could improve the prevention and management of CCs.

5.2 METHOD

In an effort to uncover the health-related nuances of Healthy Cities/Cittaslow, a qualitative observational, comparative study was conducted from a socio-anthropological perspective utilizing participatory action research (PAR). The hermeneutics of a PAR is assumed to be understood here as a function of researchers who are acquainted with registering, describing, and interpreting unique everyday facts, building chains of signification in each selected city. Meeting with strangers, with whom one can cultivate a relationship of alterity, allows an understanding of the *modus operandi* of various symbolic systems (Cardoso, 1986).

The anthropological analysis consists of building systems from a reality that appears at first fragmented, whose lesser meaning arises from the externality of the observer. In order to understand local realities, we must discover and analyze the fundamental cultural categories by which people operate and reproduce their society. The approach involves constant intellectual migrations between the particular and the specific, and between the general and the universal, by a comparison between different societies (Durham, 1986; Eckert and Rocha, 2008).

We must rethink the notion of determination and structuring processes to recognize the space of social being. To reconcile the methodological necessity of the

researcher's critical distance with the everyday life of a human group, we must avoid becoming "natives" ourselves or transform the "natives" within us. Since cities cannot be studied with an experimental method, because they are a reflection of a population impossible to isolate from outsiders, we used the method of concomitant variations, i.e. the comparative method. This principle is widely applied in the social sciences: since if a phenomenon varies in same proportion as one of its antecedents, it may be influenced by this antecedent (Cardoso, 1986; Schneider and Schmitt, 1998).

An important step in PAR observation is the sense of strangeness, as a deeper way to understand the other. Assuming that the detachment of the researcher was actually replaced by a reinvented generous empathy with the researched, this can promote understanding of the considered strangers. Different cities develop in different ways and the researcher has to bear in mind the different functions and customs of the communities being compared. Distinct events, even within the same city, which may appear at first to be produced by individual and random choices, might actually follow certain logic in the implementation of urban processes in the city's landscape (Cardoso, 1986; Kegler *et al.*, 2000; Velho and Kuschnir, 2003).

Comparison, while a component of cognitive activity, is inherent in the process of knowledge construction in social sciences. Comparative rationale allows us to uncover irregularities, realize displacements and transformations, and identify similarities and differences. The researcher must consider the inconsistencies in a description of a healthy city in order to understand why the "failed" development did not produce the expected upheaval among locals, where conformism and alienation encourage resistance to change (Cardoso, 1986; Schneider and Schmitt, 1998).

This type of comparison does not imply that certain ways or communities are better than others. Fieldwork is an essential element for learning about communities without evaluating their successes and failures. There is thus an imbalance between the capacity to reveal problems and the power to solve them. When we judge a group as exclusively governed by their organic or economic needs, without a rational structure, we do not realize that they direct the same censorship to us, based on our strangeness, and that to them their own desires seem better-balanced than ours (Geertz, 2001; Lévi-Strauss, 2008).

For this study, data were collected by a same researcher in Greve in Chianti (Italy), Cowichan Bay (Canada), Antônio Prado (Brazil), Curitiba (Brazil) and Vancouver (Canada), not considering metropolitan areas, from August 2012 to July 2013. The selection of cities was based on their connection to Healthy Cities/Cittaslow movements. Greve in Chianti is the birthplace of Cittaslow and leads European and Italian networks. Cowichan Bay is the first Cittaslow in North America and Antônio Prado is the first one in Brazil. Curitiba and Vancouver are (or were) connected to the Healthy Cities Movement. The researcher observed people pursuing activities of daily urban living, paying particular attention to health-related traits, which could be related to the physical and social structures, such as (over)weight, and smoking, walking, and bicycling habits. As the primary intention was to observe and interact with the local population, touristic venues were avoided.

In the same observational approach, the physical structures of these cities were considered, as well as facilities promoting healthy lifestyles (including physical activity). Hancock (1997) offered six key issues for the next healthy cities, utilized here as basis for an evaluation framework: 1) intersectoral partnerships, 2) local government involvement, 3) community involvement, 4) healthy and sustainable communities, 5) sustainable, safe, livable, green, whole communities, 6) development processes moving from economic purposes toward human purposes. In the present research, signs of community ties, pace of life, social capital and cultural traditions were considered to identify development in economic or human dimension. Still in the 1990s appeared the concepts of “diversity”, “density”, and “design” as key elements that enable alternative transportation, later added to “distance to transit” and “destination” accessibility (the so called “five Ds”), plus the “P” of “parking”. Diversity is the mix of opportunities (transportation, jobs, houses, etc.) in a dense texture of destinations. Density is the amount of these available opportunities in a given area to calculate a specific activity. Distance to transit is a function of how far it is to the desired transportation, promoting the virtuous cycle of density and transit. Design dictates the ease and delight of the landscape until to reach the transportation medium. Destination accessibility is how far from home specific points are for people who travel to them regularly. Parking is an essential rate-limiting component of a car-dominated transportation system: decreasing parking lots and

garages frees up space for housing, employment, green space, and recreation (Campoli, 2012).

All data observed were annotated in a field diary as a bridge between theory and practice, recording details, information and general impressions valuable for later analysis. The field diary helps to recognize activities that appear initially ordinary but may assume a valuable meaning later on. For example, quotidian social relationships established between dwellers may reveal underlying connections that maintain the social organism.

5.3 RESULTS

Figure 1 shows these five cities' socio-demographic characteristics.

	GREVE IN CHIANTI	COWICHAN BAY	ANTÔNIO PRADO	CURITIBA	VANCOUVER
population	14,351	1,401	12,833	1,764,540	603,502
area (km ²)	169	1.8	348	430.9	114.9
density (inhab/km ²)	84.9	776.2	36.9	4095.0	5252.4
life expectancy	79.5	80.3	76.6	74.1	81.1

Figure 1 – Socio-demographic characteristics (Official municipal data).

Greve in Chianti is located 31 kilometers from Florence and 42 from Siena, in the Chianti wine district. Although it was the birthplace of Cittaslow in 1999, there are not any visible plates or logos signifying participation in the movement. There is a fairly density compared to the other cities, with a high concentration of elderly and low concentration of children. An ancient cuisine, based on ecogastronomic interpretation of the Mediterranean diet (Zaferatos and Benetatos, 2008), makes healthy food an immaterial yet irreplaceable patrimony for Greve. Cultural traditions are kept for centuries; quite famously the butcher shop that has been with the same family since 1700, for eight generations. The owner drives an old truck and quips: "If I take vacations, my quality of life goes down." *Siesta* after lunch is an unofficial "statute" strictly observed, and there are differentiated businesses hours in winter for accommodate shorter days.

Visual appeal, physical engagement, and a sense of security are key elements to several of the cities studied. Following this trend, Greve maintains clean streets and specific places for collecting garbage and clean public toilets are strategically distributed. Gymnasiums, places for sports, and a community pool are open to public

for free and people of all ages are seen cycling and walking, regardless of weather, place, or time. There is also an apparent sensation of security, with constant presence of *carabinieri* (local police). Homes are without electric fences or gates, and cars without alarms are left open while residents go shopping.

The complaints of residents are limited. Some residents complain about the distance to garbage collectors, but many people are seen carrying garbage by foot to those destinations. Many people also complain of public policies, noting that in summer everything gets worse, with hordes of tourists invading the region.

Cowichan Bay, the first Cittaslow in North America, is located on Vancouver Island, a town about 70 kilometers (by boat) from the city of Vancouver and 40 kilometers from the city of Victoria. It contains the smallest population of all the cities studied, is a Canadian historical heritage site, and a blend of sail and fishing boats, piers, wharves and floating homes. Since the early 1900s, Cowichan Bay has attracted sportsmen from all over the British Empire for salmon fishing, relaxation and recreation. According to the local Chamber of Commerce, it was the salmon capital of the world, offering fine boating waters, an annual sailing regatta and the second-oldest active grass tennis court in the world (after Wimbledon).

There is a strong sense of community among residents, and Fisherman's Wharf, a very picturesque area, is a kind of inter-community relations structured for the common good, mainly focused on fishing business. There is a strong presence of First Nations people, who keep their traditions, still practicing scale fishing. There is also a high concentration of artists and retirees within the population.

Similar to Greve in Chianti, Cowichan Bay values beautification, food, and health. There are narrow and clean streets, houses without fences or walls, and selective garbage collection. Cars transit at low speed, in a quiet integration of modern and traditional life. Although some consumption of junk food is perceived daily, especially at lunch, many residents and businesses are subsuming to slow food principles: the town bakery uses only whole grain products; farms of organic products such as asparagus, mushrooms, culinary herbs and lavender are located in various neighborhoods; local groceries offer a wide variety of healthy foods, charging for plastic bags; and residents produce a growing number of fine local wines. The town also holds a number of typical gastronomic parties year round, like the Prawn

Festival in May. The nearest hospital is the regional in Duncan, 10 kilometers away. This is characteristic of the Canadian public health system, where basic health units have a high solving capacity, encouraging health promotion activities.

Antônio Prado, “the most Italian city in Brazil” and first Brazilian Cittaslow, is 179 km from the state capital, Porto Alegre. The Italian influence on this town resulted in the largest and most important urban architectural ensemble of Italian colonization in Brazil, listed in 1987 by the National Historical and Artistic Heritage Institute (IPHAN). It consists of 48 buildings using regional materials and creative structural solutions, with most of the constructions in wooden structure supported by beams and pillars. There is also rich cultural heritage: the town is one of the largest national centers of the dialect *Talian*, or Brazilian Veneto, still spoken by about 90% of the adult population, and there is a calendar of traditional festivals, such as the Italian Night in August and FenaMassa (a pasta festival) in October. This setting was chosen as a site for “O Quatrilho”, the second Brazilian nomination to the Oscar for best foreign film.

The town government triggered the original Cittaslow project, with low popular participation. The current administration is interested in continuing the process and is in contact with the movement network in Italy. Similar to the other two towns described thus far, Antônio Prado has relatively clean streets lined with cobblestone, sidewalks with large stones, and a concern to maintain historical heritage. Strong community ties are revealed through death announcements, aired by speakers in the church, with bells tolling, giving details of time and place for mourning and burial. There is little industrialized heating, with wood stoves and fireplaces still prevailing. Local commerce offers a wide variety of organic foods. As observed in Greve in Chianti, many cars were left unlocked. Despite similarities to the other towns, Antônio Prado contains more negative signifiers of modern life, such as cars driving through town playing loud music at night, garbage overflowing from collectors, and graffiti and vandalism in some locations.

Curitiba is capital of Paraná state in Brazil. It is a multi-ethnic city, with a strong immigrant influence, mostly European. Like the other towns, transit and physical movement are key components of city life. The city is going through a growing verticalization process, but buildings above six floors are only allowed in

areas near exclusive bus lanes (Bus Rapid Transit). The Bus Rapid Transit is a world-famous public transport system, with all buses interconnected by terminals to neighborhoods, and multiple connections possible with only a single ticket. Despite the cold and unstable weather bicycles are used not only as entertainment but also as a clean and environmentally-correct transport. However, the private use of cars is increasing rapidly, leading to slow and crowded traffic.

A concern for health and visual appeal are again apparent. Horticultural products marketed directly from the producer are lower cost alternatives that promote healthy eating, although there is a large consumption of processed foods. Organic foods are generally available though at high costs. Physical activity is stimulated by local government, which offers various outdoor gyms and bike paths crossing in every direction. Several parks, honoring various immigrant groups, such as Germans, Ukrainians and Poles, receive massive numbers of residents, especially on weekends. Curitiba was one of the first cities in Brazil to implement selective garbage collection (“Garbage that is not Garbage Program”) in a comprehensive recycling project.

Vancouver is the largest city in the province of British Columbia, located in the southwest corner of the British Columbian mainland, close to the U.S. border. With a high quality of life overall, it has been rated for over a decade among the “ten best cities to live in the world” despite a high cost of living. With large areas reserved for parks and environmental protection, it has a privileged geography, including the ocean, rivers, lakes and mountains within city limits. There is a great concern for preservation of natural resources, visible in well-preserved woodlands, and the city is geared to meet the needs of residents, including disabled ones. There are low levels of violence and traffic accidents. There is not an ostensive patrolling, and the index of confidence in the police is high, especially with the *Mounties*, a national institution. An excellent and integrated public transportation system that is punctual, clean and efficient connects all areas, including airports and the entire metropolitan area. The city shows wide and clean avenues with a non-defined style in the architecture, but functional and focused on resident’s needs.

Usually it presents low buildings, except in downtown, with standard ubiquitous glass façades. Garbage is collected separately and recycled. Healthy

eating is stimulated, with information spread all over the city, even in neighboring unhealthy food places, although conflicting with its high cost. Alcoholic beverages are sold only in specific stores and at high prices. Coherently with the Canadian public health system, and as observed in Cowichan Bay, several health promotion activities are encouraged, with great interest in social policy decisions. Vancouver is also a multi-ethnic city, where more than half the population does not have English as mother language, with a significant proportion of Chinese and Indians.

After observation, an evaluation framework was elaborated, according to Hancock (1997) and his six key issues and challenges for next healthy cities (Figure 2).

	GREVE IN CHIANTI	COWICHAN BAY	ANTÔNIO PRADO	CURITIBA	VANCOUVER
<i>Intersectoral partnerships</i>	Local government exercising governance in partnerships with various associations, mainly the community council.	Partnerships between government agencies and private companies.	Municipal secretariats develop joint projects.	There is a tradition to work for the integration of urban system, with important partnerships historically established among public agents.	Several partnerships between local government, private companies and educational institutions.
<i>Local government involvement</i>	Local government involvement even after mayor's elections.	Local governments are involved with the movement since the adhesion.	Current administration working to resume involvement.	Municipal government sponsoring actions to build a healthy city.	Local government has interest in maintaining a healthy city, regardless the "label".
<i>Community involvement</i>	Social participation mainly by the Consiglio Comunale.	Community participation on local government projects.	Few people are well informed about Cittaslow, being involved unintentionally.	Social participation primarily through community Councils.	Community participation more visible on district's level.
<i>Healthy and sustainable communities</i>	People concerned by private and public environment.	Integration of built environment and natural environment.	People more concerned with private environment.	Contrasts between downtown and districts concerning architecture and cleaning.	No distinction between public and private environment.

<i>Sustainable, safe, livable, green, whole communities</i>	Visible and positive presence of police; few green areas within the city.	Absence of police; large green areas.	Unlocked cars while people shop (sense of trust); large green areas.	People preoccupied with security; large green areas.	People committed with community security; large green areas.
<i>From economic to human development</i>	Human development.	Human development.	Economic development.	Economic development.	Human development.

Figure 2 - Table of equivalences according to the key points of a healthy city (adapted from Hancock 1997).

Figure 3 shows an evaluation board based on the “Five Ds and a P” approach (Campoli, 2012), considering visual observation. Higher density offers more jobs and opportunities in an area and allows residents’ greater mobility to different areas and decreases the necessity of long distance travel. A shorter distance to transit is more ideal by diminishing the distance of walking. A high design makes the commute more pleasurable. A low destination accessibility is better for saving time between home and work, and in the same sense low (and rare) parking promotes public transport use and walk.

	GREVE IN CHIANTI	COWICHAN BAY	ANTÔNIO PRADO	CURITIBA	VANCOUVER
<i>Diversity</i>	Medium	Medium	Medium	High	High
<i>Density</i>	Medium	Low	Low	High	High
<i>Distance to transit</i>	Medium	Medium	Medium	Short	Short
<i>Design</i>	High	High	Medium	Low	High
<i>Destination accessibility</i>	High	High	High	Low	Low
<i>Parking</i>	High	Medium	High	Medium	Very low

Figure 3 - Table of equivalences in accordance to the “5 Ds and a P” (adapted from Campoli, 2012).

5.4 DISCUSSION AND ANALYSIS

Difficulties of demonstrating positive epidemiological outcomes from community interventions have been widely published, and evaluating the relationship between positive health outcomes and healthy cities is no exception (Baum *et al.*, 2006; O’Neill and Simard, 2006; DeLeeuw, 2009; Ison, 2009; Tsouros, 2009; DeLeeuw, 2012). Explanations for the evaluation’s failure could be: short intervention periods, because the process is very long; insufficient attention given to strong secular trends, what could be understood by population as an imposition;

inappropriate methodological approaches, like many quantitative methods; and cities' scales, evaluation being more feasible in smaller ones.

Most of the classical methods of research, like population interviews, are less-useful when it comes to observing the dynamics of local life in the totality of a human settlement. It is necessary to avoid seeing the individual as a metaphor of society and better to observe community and environmental indicators, process formation and evaluation, identifying and involving key community leaders, and identifying to what extent people adopt health promotion and prevention as a theme (Durham, 1986; Magnani, 1999; Kegler *et al.*, 2000).

Contemporary social anthropologists are less likely to study remote jungles or isolated islands, preferring instead to explore the cultures of modern cities and communities, trying to solve urban problems that impact the quality and quantity of life and health. The theoretical approach and rationale for the research were based on social anthropology, a social science that tries to understand socio-cultural othernesses, expressed by behaviors, myths, rituals, techniques and knowledge of societies (Geertz, 2001; Velho and Kuschnir, 2003; Lévi-Strauss, 2008).

The socio-anthropological approach in evaluating Healthy Cities/Cittaslow demands particular attention to local and alternative explanations to perceived problems. When examined within their socio-historic context, perceived problems or negative traits within a city might actually be irrelevant to the health and well-being of a city. Similarly, considering socio-historic context can reveal nuances of health and well-being. For instance, under the socio-anthropological approach, garbage in streets of Antônio Prado may not necessarily equate to a lack of civility among residents; residents could alternatively be producing waste in large quantity due to modern consumption patterns. The waste disposal contrasts between the Brazilian Cittaslow (Antônio Prado) with Cowichan Bay (Canada) and Greve in Chianti (Italy) could mean that the latter cities are proactively reducing waste production, resulting in more organized collection sites. Poorly maintained streets juxtaposed next to well-cared houses, also possibly demonstrate an ambiguity of social space established by DaMatta (1997): house is individual, and reflects the profile of the resident; street is public, the space of anonymity, so a space of nobody.

Further, cities are governed by social policy, cultural customs and traditions, and are made and remade by the people within them. Thus, explanations for certain trends can be found in the built environment of a city. For instance, physical activity rates of residents depend on two main elements: access to recreational amenities and proximity to public facilities. Some communities report higher rates of walking/cycling than others because they have higher density, greater connectivity, and mixed use of land, with lanes shared by cyclists and walkers. Also involved, as stimulus, are the built environment, land use, noise, traffic congestion, air pollution, and green spaces (Montero-Souto, 2012). In Curitiba, a large number of cyclists were observed, not only on specified bike lanes and normal roads, but also within the exclusive bus lanes. Greve in Chianti has an Italian cycling tradition, practiced even in adverse weather or terrain. Vancouver and Cowichan Bay have a similar situation. Bicycling is limited in Antônio Prado, likely due to mountainous terrain and cobblestone-lined streets, which discourage cycling. The built environment can therefore limit human participation, but with an intrinsic efficacy in maintaining historical features.

In another example of socio-cultural influence on the urban environment, an external observer, unaccustomed to the urban rush, might consider that the high and fast traffic in the center of a big city or on a highway is beyond human self-determination. And indeed it is, when puts face to face no natural laws, but systems of natural forces, humanized by the intention of the drivers, and drivers transformed in natural forces by physical energy mediated by them. It is not the operation of an agent over an inert object, but, conversely, the action of an object upgraded to an agent's role (Lévi-Strauss, 2008). However, a high number of cars per square kilometer do not always lead to chaotic traffic, as observed in Cowichan Bay, where the average and observed speed is 60 kmph, with drivers still being agents, not objects. Curitiba, compared to Cittaslow sites, has a total imbalance when it comes to private transportation, with federal financial policies facilitating buying cars. To buy one, even used, has a totemic representation of upwards social mobility. There is still some shame in using public transport, even of good quality, contrasting with the reality of Vancouver, where most prefer to leave their cars at home and instead opt for the buses, *skytrain* or *seabus*, improving local traffic and respecting the environment.

Montero-Souto (2012) demonstrated that natural surroundings in metropolitan areas have a positive effect on social and psychological wellbeing. From this perspective naturalistic views may be interpreted as a kind of psychological restoration. Unfortunately, many people find little benefit from these advantages because their environmental contacts are often restricted, due to distance or work routine. This is especially realistic in some larger cities, like Curitiba. In small cities, this access is available in a short walk.

Concerning to public security, Healthy Cities/Cittaslow can facilitate neighborhood responsibility to encourage new ways of participation in policies' control. In Vancouver, it was observed that people maintain vigilance in the neighborhoods, not just for their own security, but also for their neighbors' safety, alerting police if a suspicious stranger appears nearby. In the smaller cities studied, strange people are often seen in a less suspicious way. It is possible that in a larger city such as Vancouver, many individuals primarily interact within the limits of their house or familiar small groups, perceiving only the close community and leading to suspicions about surrounding outsiders (Lévi-Strauss, 2008, Montero-Souto, 2012).

Further, when evaluating cities, social environments should not be considered passive and independent; they are defined by populations' techniques and way of life. A man in Cowichan Bay, with a short time for lunch and hurried by an arriving fish boat, might buy readily available fast food. A citizen of Antônio Prado, living without much industrialized heating, does not think twice before cutting down a tree. And the inhabitant of Greve in Chianti, who complains about the distance to garbage collectors, might be tempted to burn trash in the backyard. It is thus necessary to consider the actions of the "natives" in relation to their specific microcosm, considering their individual needs. Without supportive policies or under unsupportive policies it is difficult for individuals, especially those in deprived populations, to benefit from existing knowledge (Lévi-Strauss, 2008; WHO, 2005). In the sense of empathy toward natives, Geertz (2001) can be paraphrased: a research that began as an investigation of the role of people in the cities, as a kind of mechanical comparison, turned into a study of production of meaning and its complexities.

Some unique features among the healthy cities in this study might be considered outdated or inconsistent by an outsider but actually have local

explanations and rationale. For instance, wood, that is considered as an inferior material in Brazil, is widely used in structural and creative solutions in Antônio Prado, possibly because it is a plentiful material in that region. The continued use of traditional fishing practices in Cowichan Bay, despite of the modern technologies, helps to preserve the balance of marine fauna and ancestral traditions. An obsessive number of parks and green areas in Curitiba could be a way to compensate for the absence of beaches, a recurring theme in the Brazilian's imaginary. The ubiquitous stone of Greve, still used in new buildings and the restoration of old houses, some dating back to the first Renaissance, maintains historical value in spite of the slow and high cost process. And the repeated glass façades in the urban landscape of Vancouver is justified by the infinite recycling possibilities of the material in a sustainable way.

These examples reaffirm that a city can only be understood through the social context of its community, acknowledging its concrete history, traditions, local culture, and ever-changing dynamics. One should not, therefore, mythicize urban health from abstractions (such as a perfect place to live), because cities, more than their labels (City of Lights, Smile City, etc.) or physical structures, are made and re-made by their people. In regards to the health of the populations, some of these apparent inconsistencies and abnormalities have an impact, both positively and negatively on social determinants of health.

5.5 FINAL REMARKS

Due to a concern for the community and social order, shifting from the individual level to the collective, Healthy Cities/Cittaslow improve the capacity of communities to identify and address problems. Individual choices regarding health and well-being are easier in a healthy environment and this is why the development of healthy cities is important for managing CCs. According to WHO (2010), in the second half of the 21st century the proportion of people in Africa, Asia and Latin America living in urban areas will rise from 16% to 50%. Urbanization exposes people to new products, technologies, and marketing of unhealthy food. Unplanned urban sprawl can further reduce physical activity levels by discouraging walking or bicycling. Although lack of continuity is a problem within healthy cities, especially in periods of changing leaders (e.g. mayors), some practices remain: after changing their habits, people continue to act healthier without realizing it.

A Healthy City is not a final result, but rather an ongoing process, and must be thought of as a construction of urban health through an awareness of social conscience. Obstacles to target goals are often not technical or even financial, but are more closely related to governance and public participation. Particularly, it depends on political commitment and society.

Healthy cities should be adapted to different places and times and how healthier cities and communities will be created in the future must be very different from how it was done in the past. Similarly, as cities have different structures and evolve in different patterns, it is impossible to establish a standard scale for evaluation. It is more productive to follow the socio-anthropological method, considering every culture (city) as a unique locality and only liable of assessment in its own context. Instead of examining only conventionally gathered data, such as number of people in diabetes treatment, in an effort to provide immediate results like glycated haemoglobin rates, evaluating the process within its own context provides valuable intermediate indicators of success, such as people changing to healthier habits. This, and the associative ability to solve problems, is an asset to overall community health.

REFERENCES

- Ashton, J. Healthy cities. (1992) Open University Press; UK.
- Awofeso, N. (2003) The Healthy Cities approach - reflections on a framework for improving global health. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(3). Available at www.who.int/bulletin access on 02-26-2013.
- Baum, F.; Jolley, G.; Hicks, R.; Saint, K. and Parker, S. (2006) What makes for sustainable Healthy Cities initiatives?—a review of the evidence from Noarlunga, Australia after 18 years. *Health Promotion International*, 21(4).
- Bloom, D.E.; Cafiero, E.T.; Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S.; Bloom, L.R.; Fathima, S. *et al.* (2011) The global economic burden of non-communicable diseases. World Economic Forum, Geneva. Available at www.weforum.org/EconomicsOfNCD access on 12-15-2012.
- Campoli, J. (2012) Made for walking: density and neighborhood form. Lincoln Institute of Land Policy; Cambridge, Mass.
- Cardoso, R. (1986) Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método, in A aventura antropológica: teoria e pesquisa. Cardoso R, (org). Paz e Terra; Rio de Janeiro.
- Cittaslow. (2011) Official website. Available at <http://www.cittaslow.org/section/association> access on 06-03-2011.
- DaMatta, R. (1997) A casa e a rua. Editora Rocco; Rio de Janeiro.
- DeLeeuw, E. (2009) Evidence for Healthy Cities: reflections on practice, method and theory. *Health Promotion International*, 24(No.S1).
- DeLeeuw, E. (2012) Evaluating WHO Healthy Cities in Europe: Issues and perspectives. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. doi:10.1007/s11524-012-9767-6.
- Durham, E.R. (1986) A pesquisa antropológica com populações urbanas: problemas e perspectivas, in A aventura antropológica: teoria e pesquisa. Cardoso, R. (org). Paz e Terra; Rio de Janeiro.
- Eckert, C. and Rocha, A.L.C. (2008) Etnografia: Saberes e Práticas. *Iluminuras*, 9(21).
- Geertz, C. (2001) Nova luz sobre a Antropologia. Jorge Zahar; Rio de Janeiro.
- Hancock, T. (1993) The evolution, impact and significance of the Healthy Cities/Health Communities Movement. *Journal of Public Health Policy*.
- Hancock, T. (1997) Healthy cities and communities: past, present and future. *National Civic Review*; 86(1):11-21.
- Hancock, T. (2000) Healthy Communities must also be sustainable communities. *Public Health Reports*; (115):151-156.

Ison, E. (2009) The introduction of health impact assessment in the WHO European Healthy Cities Network. *Health Promotion International*, 24(No.S1).

Kegler, M.C.; Twiss, J.M. and Look, V. (2000) Assessing community change at multiple levels: the genesis of an evaluation framework for the California Healthy Cities Project. *Health Education & Behavior*, 27(6):760-779.

Lévi-Strauss, C. (2008) O pensamento selvagem. Papirus 8^a ed, Campinas, SP.

Loi, M.; Del Savio, L. and Stupka, E. (2013) Social epigenetics and equality of opportunity. *Public Health Ethics*, 6(2):142-153.

Magnani, J.G.C. (1999) As cidades de tristes trópicos. *Revista Antropológica*, São Paulo, (42)1-2.

Magnani, J.G.C. (2002) De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 17(49).

Mendes, E.V. (2011) As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Brasília.

Montero-Souto, P. (2012) The urban question in the new millennium, in *Pedagogía social, ciudadanía y vida urbana: realidades y perspectivas educativas de la sostenibilidad em las ciudades españolas*. Departamento de Teoría de la Educación, Historia de la Educación y Pedagogía Social, Universidad de Santiago de Compostela. Available at http://dspace.usc.es/bitstream/10347/6084/1/rep_225.pdf access on 07-14-2012.

O'Neill, M. and Simard, P. (2006) Choosing indicators to evaluate Healthy Cities projects: a political task? *Health Promotion International*, 21(2).

PAHO - Pan American Health Organization. (2011) Non-communicable diseases in the Americas: building a healthier future. PAHO, Washington, D. C. Available at http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14832&Itemid= access on 02-15-2012.

Petersen, A.K.; Zeilinger, S.; Kastenmüller, G.; Römisch-Marg, W.; Brugger, M.; Peters, A. *et al.* (2013) Epigenetics meets metabolomics: an epigenome-wide association study with blood serum metabolic traits. *Human Molecular Genetics*, (20) 1-12.

Radstron, S. (2011) A place sustaining framework for local urban identity: an introduction and history of Cittaslow. *IJPP Italian Journal of Planning Practice*, 1(1).

Schneider, S. and Schmitt, C.J. (1998) O uso do método comparativo nas Ciências Sociais. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, (9)49-87.

Tasca, R. (coord.) (2011) Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília.

Tsouros, A. (2009) City leadership for health and sustainable development: The World Health Organization European Healthy Cities Network. *Health Promotion International*, 24(No.S1).

Velho, G. and Kuschnir, K. (2003) (orgs.) *Pesquisas urbanas: desafios do trabalho antropológico*. Jorge Zahar; Rio de Janeiro.

WHO - World Health Organization. (2011) WHO - *Global status report on non-communicable diseases 2010*. Italy, WHO Library. Available at http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ access on 06-21-2011.

WHO - World Health Organization - Regional Office for Europe. (2013) *Healthy Cities*. Available at <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities> access on 02-26-2013.

Zaferatos, N.C. and Benetatos, T. (2008) *Establishing Sustainable Community Development Connections in the Mediterranean Region*. ANNA LINDH FOUNDATION No ALF/2007/CFP2/F/54. Available at http://www.awish-hellas.org/awish/userfiles/1/file/PDF/Case_Study_Report.pdf access on 11-28-2013.

Zeilinger, S.; Kuhnel, B.; Klopp, N.; Baurecht, H.; Kleinschmidt, A.; Gieger, C. *et al.* (2013) Tobacco smoking leads to extensive genome-wide changes in DNA methylation. *PLoS One*, 8(5):p.e63812.

O ato de escrever é a arte de
sentar-se em uma cadeira.

Sinclair Lewis (1885-1951)

APÊNDICE D

7. ARTIGO 4 (versão em inglês)

(Abstract presented at 101st FDI - Annual World Dental Congress in Istanbul on August 28-31, 2013. Article first published on line by International Dental Journal in October 22, 2013, DOI=10.1111/idj.12066 available at <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/idj.12066/abstract>).

CHRONIC CONDITIONS POLICIES: ORAL HEALTH, A FELT ABSENCE

ABSTRACT

The global health scenario shows an epidemic of non-communicable diseases that lead to long-term chronic conditions, some of which are incurable. A lot of infectious diseases, owing to their development and length, also generate chronic conditions. Likewise, non-morbid states, such as pregnancy, and some life cycles, like adolescence and aging, follow the same logic. Among all these chronic conditions there is a significant interrelationship with oral health, both in parallel events and common risk factors. This article presents cross-sectional qualitative research into World Health Organization recommended health policies to address chronic conditions. Several documents published by the Organization were analysed to verify the presence of references to oral health in relation to chronic conditions, particularly cardiovascular diseases and diabetes as these most frequently have oral manifestations. The analysis showed no significant references to oral health or its indicators within the published texts. The study recognizes the value of the work developed by the World Health Organization, as well as its worldwide leadership role in the development of health policies for chronic conditions. This article proposes a coalition of Dentistry organizations that could, in a more forceful and collective way, advocate for a greater presence of Oral Health in drafting policies addressing chronic conditions.

KEYWORDS

Non-communicable diseases. Chronic conditions. Oral Health. Dental caries. Periodontal disease.

7.1 INTRODUCTION

In May 2010, the UN General Assembly adopted a resolution on prevention and control of non-communicable diseases (NCDs) calling for:

- 1) A high-level NCDs meeting of the General Assembly in September 2011 to discuss NCDs at a high-level plenary meeting, scheduled to September 2010, for a review of the Millennium Development Goals (MDG).

- 2) A Secretary-General's report on the global status of NCDs in preparation for the September 2011 meeting.

That resolution marked a special moment in addressing NCDs at the global level that began nearly 20 years ago with the Global Burden of Disease Project (GBDP). Commissioned in 1991 by the World Bank, the GBDP provided the first standardised, data-driven evidence of the impact of NCDs not only in high-income countries but also in low and middle-income countries. Since then, GBDP updates have made clearer the toll of NCDs worldwide. Approximately 60% of the world's mortality, or 35 million deaths in 2005, resulted from NCDs (cardiovascular diseases, cancer, chronic obstructive pulmonary diseases and diabetes), including key risk factors such as tobacco and alcohol use, unhealthy diets (high in sugars, salt, and trans fats) and insufficient physical activity. While the proximate causes of these diseases are individual lifestyle behaviours mediated by socio-environmental factors, the globalisation of alcohol, food processing and tobacco marketing, as well as industrialisation and urbanisation, have contributed to the increase of NCDs, demanding improved global collective action in response.¹

That UN resolution was the second such resolution in the entire history of WHO. A decade ago, at a similar meeting on HIV/AIDS, the Global Fund for HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria was created, this being a revolutionary new global health funding mechanism. Non-communicable diseases remain neglected despite their social parallels to HIV. As with HIV there have been misconceptions. Although NCDs have been thought of as diseases of the wealthy, this is not correct. Another common fallacy is that NCDs stem from a moral failure in that weakness of will leads to obesity or sedentary lifestyles. In many parts of the world people face major barriers to making healthy choices and face powerful pressures to adopt unhealthy ones. The MDG did not include non-communicable diseases even though they account for 60% of global deaths. Most of the morbidity and mortality caused by chronic diseases are preventable. Because non-communicable diseases are not part of the MDG, development agencies fail to prioritise them; health ministers in turn do not seek support for prevention and control because of the lack of available funding. As a result little research can be done on how to prevent and treat these conditions, and this allows the argument that there is weak evidence for intervention. Currently more than half of the world's population lives in urban settings. Slums need corner food stores that sell fresh produce, not just packaged junk at a cheap price and with a long shelf-life. Margaret Chan, WHO's Director-General, stated that "Today, many

of the threats to health that contribute to NCDs come from corporations that are big, rich and powerful, driven by commercial interests, and far less friendly to health".²

NCDs are a low global health priority despite their economic and human burden on countries. The prioritisation of NCDs for UN institutional support can raise its visibility as a critical health and development challenge. Global initiatives on NCDs are fragmented. Although WHO has provided technical leadership on NCDs, it lacks the political authority and governance to motivate concerted action by the wide range of global stakeholders. Multi-sectorial collaboration is mandatory, although the private sector role in addressing NCDs is absolutely critical too. Partners must be selected cautiously, avoiding any suggestion of policy influence not based on evidence and ethical standards. Multi-sectorial collaboration should also be taken into consideration in private sector initiatives.¹

Deaths from NCDs are only a small fraction of the problem given that these diseases also inflict a major toll on quality of life and successful aging. The growth in NCDs incidence and mortality is projected to disproportionately affect poor and disadvantaged populations, thereby contributing to the ever-widening health gaps between and within countries.³

A formal meeting of UN Member States to conclude work on the comprehensive global monitoring framework, including indicators, and a set of voluntary global targets for the prevention and control of non-communicable diseases, took place in Geneva from November 5th to 7th 2012. The session was attended by representatives from 119 Member States, one regional economic integration organization, one intergovernmental organization and 17 non-governmental organizations (NGO).⁴

This meeting restated that cancer, diabetes, and heart diseases are no longer the diseases of the wealthy. Today, they hamper the people and the economies of the poorest people even more than infectious diseases. This represents a public health emergency in slow motion. NCDs are a major cause of poverty, a barrier to economic development and a neglected global emergency, which demand joint efforts for this to be overcome. In May 2009 the NCD Alliance was launched by the International Diabetes Federation, World Heart Federation and Union for International Cancer Control to represent the millions dying and affected by NCDs across both the developing and developed world, and prevent further spread of the NCDs epidemic. In February 2010, the NCD Alliance was joined by The International

Union against Tuberculosis and Lung Disease as a full partner. The NCD Alliance will drive forward five areas of work for presentation to the UN Summit by: leading a civil society movement for NCDs; producing evidence-based arguments to support the NCDs cause; acting as the global voice of its members and people with NCDs; creating a 2020 Roadmap for NCDs and sharing innovative solutions and best practice on NCDs; working with likeminded NGO, governments and businesses to take forward NCD Alliance key 'asks' for and from the UN Summit.⁵

In recent decades several national and international guidelines have been produced on chronic conditions management, although they are too complex for application in primary care, especially in low-resource settings. The Global Status Report on Non-Communicable Diseases 2010 highlights the need for countries to integrate NCDs prevention and management into primary health care even in low resource settings. WHO has identified an essential package of cost-effective interventions with high impact, feasible for application in resource-poor settings.⁶

At the end of the 2011 Conference, 193 Member States signed the Political Declaration on Prevention and Control of NCDs, which included Article 19 stating "that renal, oral and eye diseases pose a major health burden for many countries and that these diseases share common risk factors and can benefit from common responses to non-communicable diseases." The President of Tanzania, H.E. Jakaya Kikwete, highlighted the importance of oral health in the context of the four main types of NCDs by hosting a side event at the high-level UN meeting, called "Putting Teeth into NCDs." At this meeting, many authorities advocated about the need to increase efforts to strengthen prevention and control of oral diseases, which are often neglected despite their tremendous impact in most countries. They made persuasive cases for the inclusion of oral health in the decisions of the UN Heads of State regarding national strategies to address NCDs burdens.⁷

Dental caries is the most common chronic disease on earth, affecting more than 90% of the world's population. All other mouth diseases, including oral cancer, periodontal disease, craniofacial trauma and disorders, and Noma (a deadly disfiguring disease of children in sub-Saharan Africa), have significant impacts on general health, well-being and productivity throughout life. Safe and affordable oral care is often not available for large parts of the population in low and middle-income countries. In addition, there are also high-income societies where millions live without access to oral healthcare.⁷

NCDs and oral diseases share common risk factors and are linked in reciprocal ways. The mouth can be a mirror for systemic diseases that manifest themselves there; similarly, oral diseases can impact systemic conditions. Policies that address risk factors for oral illnesses, such as the intake of sugars, tobacco, and alcohol, address the very same risk factors associated with cardiovascular diseases, cancer, chronic respiratory diseases and diabetes. Other factors, such as lack of clean water and sanitation, poor education, low socio-economic status and poor housing, are determinants of general health and oral health alike. In 2011 the WHO Regional Office for Africa convened 17 francophone chief dental officers in Ouidah, Benin, and produced a consensus statement conveying the importance of integrating oral health into NCDs programmes addressing tobacco control, healthy diet, and fluoride. Oral health staff at the Pan American Health Organization, the WHO regional body responsible for the Americas, is working to integrate language and metrics into the regional targets and indicators as the global monitoring framework evolves. The FDI World Dental Federation, representing the dental profession worldwide, has released support material that will assist national dental associations in their advocacy with national governments to incorporate oral health into their national NCDs strategies.⁷

The common risk factor approach addresses risk factors common to many chronic conditions, including oral health, within the context of the wider social environment. As causes are common to a number of other chronic diseases, adopting a collaborative approach is more rational than one that is disease specific. The immediate causes of major dental diseases, caries and periodontal disease are diet, plaque and smoking. Oral mucosal lesions, oral cancer, temporomandibular joint dysfunction and pain are related to tobacco, alcohol and stress, and trauma to teeth and injuries. As these causes are common to a number of other chronic diseases such as heart disease, cancer, diabetes and strokes, it is rational to use a common risk factor approach that can be implemented in a variety of ways. Oral diseases are the most common of the chronic diseases and are important public health problems because of their prevalence, their impact on individuals and society, as well as the cost of their treatment. Chronic diseases such as obesity, diabetes and caries are increasing in developing countries, with the implication that quality of life related to oral health, as well as general quality of life, may deteriorate.⁸⁻¹⁰

In the interconnected treatment of oral health and chronic diseases there is evidence about how lower hospitalizations of diabetic patients could be achieved through periodontal therapy, and further studies are analyzing other chronic diseases and conditions such as heart attacks, strokes and pregnancy with preterm birth. Periodontal treatment has been associated with a significant decrease in hospital admissions, physician visits and overall cost of medical care in diabetics. Referring to this approach, a study showed average savings of US\$1,814 per patient in a single year and a 33% decrease in hospital admissions.¹¹

Based on these facts our research intended to identify how much oral health is considered in the elaboration of public health policies in the efforts to improve care for chronic conditions, especially those related to cardiovascular diseases and diabetes.

7.2 METHOD

This is a cross-sectional research in a qualitative approach. Data were collected between 12/05/2012 and 12/10/2012 from the “media centre” section of the WHO website (www.who.int), searching with the expression “non-communicable diseases”. This resulted in 12000 publications being found. This was reduced to 45 publications by filtering in the advanced search mode and asking for “Find results with all of the words, 100 results, Language English, File Format .pdf, Occurrences in the title of the page, Domain who.int, Sort by date”. These documents were reports, conference abstracts, plans of action, manuals and guidelines. All of them are stored in public and open Internet archives. Two were unavailable. The content analysis of the remaining 43 documents occurred from 10/12/2012 to 12/15/2012, using the Windows 7 “find” tool to identify the following keywords: oral health, dental caries, periodontal disease.

7.3 RESULTS AND DISCUSSION

In the 43 publications analysed, “oral health” appears 7 times, “dental caries” 4 and “periodontal disease” none. The inexpressive presence of “oral health” (7) could be attributed to a broad approach to health with no compartmentalization. What became of the most prevalent oral chronic conditions: “dental caries” (just 4) and “periodontal disease” (0)? The NCDs issue has become globalised beyond the capacity of any single country or organisation and multi-sectoral collaboration should

be taken into consideration. Private sector initiatives such as the Global Alliance on Chronic Diseases, formed in June 2009 to mobilise resources for NCDs research in developing countries, have demonstrated efficacy.¹

Misunderstanding of non-communicable diseases, with people facing barriers to making healthy choices and facing powerful pressures to adopt unhealthy ones lead to similar causality in oral health. Like the HIV meeting, the UN high level meeting on non-communicable diseases is a battleground, pitting public interests against powerful private ones. But unlike the HIV activism of the past, the voices of people affected by NCDs are mostly quiet. Whether or not the UN meeting encourages the emergence of a global social movement for change will shape the future of our health for years to come.²

The inclusion of oral health in the Political Declaration issued by the UN Heads of State and sponsored by WHO is a collaborative effort of many players and organizations. Many of the same and other participants will support national planning, implementation and evaluation of integrated NCDs strategies. These efforts involve clinicians and their representatives, dental educators, researchers, public sector administrators, policy-makers, and industrial leaders, as well as NGO working with disadvantaged populations nationally and globally.⁷

It is well established that partnerships and collaborations are essential to success in the international fight against non-communicable diseases. Therefore, the American Cancer Society, the American Diabetes Association and the American Heart Association have joined forces to support the UN efforts. This work is being conducted under the banner of the Preventive Health Partnership, a joint initiative founded in 2004 to work together to reduce the burden of cancer, diabetes mellitus, cardiovascular disease and strokes. The international goal is to raise awareness about the burden of NCDs globally by providing key policy and media stakeholders with technical assistance to inform policy discussions, along with resources that highlight the global burden of NCDs and the need for coordinated interventions.³

A global monitoring framework, including 25 indicators, and a set of voluntary global targets for the prevention and control of non-communicable diseases, were integrated to develop a draft WHO global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases. This plan, covering the period 2013-2020 was submitted to the Sixty-sixth World Health Assembly, through the Executive Board, and approved. Among the 25 indicators there are none related to oral health.⁴

A coordinated and resourced programme of work by civil society in the lead up to and immediately after the UN Summit will be essential to its success. The four leading NCD Federations – International Diabetes Federation (IDF), World Heart Federation (WHF), Union for International Cancer Control (UICC) and The International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union) – have coordinated the global civil society response through the creation of an NCD Alliance that has worked alongside NGOs, the World Health Organization (WHO), health professionals, academia, the private sector and other stakeholders to form a powerful and united voice.⁵

The WHO guideline objectives stated that the primary goal is to improve the quality of care and outcomes in people mainly in low-resource settings. This guideline provides a basis for the development of simple algorithms for NCDs management with essential medicines and technology available in first-contact health services in low-resource settings. It recommends a set of basic interventions to integrate NCDs management into primary health care. The recommendations are limited to patients with certain chronic conditions, as the more complex management of other conditions requires more specialized care. The target users are health care professionals responsible for developing NCDs treatment protocols which will be used by health care staff in primary care units in low-resource settings. A guideline development group was created and included external experts and WHO staff. In one specific case it resulted in a 72 page guideline for cancer, heart disease and stroke, diabetes, and chronic respiratory disease. Surprisingly there is no mention of oral health, dental caries, periodontal disease or dentists.⁶

Since 2000 there has been evidence that further improvements in oral health and a reduction in oral health inequalities will only be secured through the adoption of oral health promotion policies based upon the common risk factor approach. Individually focused oral health education interventions are ineffective, wasteful of limited resources and may increase inequalities. The same applies to policies on NCDs, which must address risk factors common to many chronic conditions within their context. The potential benefits of such an approach are far greater than isolated interventions. To be effective in this style of working oral health professionals need to develop a range of networking and communication skills to enable them to work collaboratively with other agencies and professionals.⁸⁻⁹

In October 2012 FDI called upon its member national dental associations to contact their Minister of Health and Chief Dental Officer: the goal was to ensure that concrete measures to integrate oral health into NCDs strategy were debated during the WHO consultations. For its part, FDI has submitted detailed comments on the WHO 'Zero Draft' document, which, without strategies and policies to "maximize opportunities and efficiencies for mutual benefit" measures for monitoring progress, consigns oral health to the realm of good intentions rather than solid actions. FDI noted that what is most important is non-communicable disease policies through effective prevention and early diagnosis by primary health care and multi-stakeholder interventions, to reduce the cost of NCDs to the public, governments and national health care systems. In its submission, FDI pays due regard to current constraints within WHO. It emphasizes nonetheless that it is essential "to recognize the important role of WHO in the global health leadership by retaining Oral Health in the Work Programme proposal and among the priorities in the fight against NCDs".¹²

According to these concepts, Curitiba, in southern Brazil, has been innovating in dealing with chronic conditions, using a chronic conditions care model developed for the Unified Health System (SUS). Family Health Teams are formed by individuals from different disciplines like the family doctor and community nursing staff, the oral health team, social worker, pharmacist, psychologist, nutritionist, physiotherapist, physical education teachers and community health agents. They work together, interconnected by Health Care Networks, providing health care for a specific community.¹³

The WHO Global Action Plan for Prevention and Control of Non-communicable Diseases 2013-2020 contains specific mention of oral diseases. The plan was adopted by WHO member states on May 27th at the 66th World Health Assembly (Geneva, May 20-28, 2013). The reference to oral diseases reflects government commitments in the 2011 United Nations Political Declaration on NCDs, which recognize that oral diseases share risk factors with the four major chronic diseases: cancer, diabetes, and cardiovascular and respiratory disease, and thus benefit from a common approach. However, there are only two mentions of oral diseases in the 55 page document.¹⁴

7.4 CONCLUSIONS

WHO has played an undisputed leadership role in combating chronic conditions around the world through admittedly efficient health policies. These actions have already brought many benefits to millions of people. Partnerships with several organizations of different areas seem highly positive. Nevertheless, it is undeniable that oral health has been overlooked in policies aimed at combating chronic conditions, particularly cardiovascular diseases and diabetes where there are more interactions and oral manifestations. In addition oral health associations should establish partnerships and/or alliances to advocate with WHO for multi-sectoral policies geared primarily for those professionals who work in primary care. Health Care Networks should fulfill their role of interconnecting teams, leveraging what is offered by established policies, developed in consensus with the various sectors involved.

REFERENCES

1. Mamudu H M, Yang J S, Novotny T E. UN resolution on the prevention and control of non-communicable diseases: An opportunity for global action. *Global Public Health* 2011 **6**:4, 347-353.
2. Stuckler D, Basu S, McKee M. Commentary: UN high level meeting on non-communicable diseases: an opportunity for whom? *BMJ* 2011 **343**:d5336.
3. Partridge E E, Mayer-Davis E J, Sacco R L et al. Creating a 21st Century Global Health Agenda: The general assembly of the United Nations High Level Meeting on non-communicable diseases. *Circulation*. 2011 **123**:3012-3014.
4. WHO - World Health Organization. Report of the formal meeting of member states to conclude the work on the comprehensive global monitoring framework, including indicators and a set of voluntary global targets for the prevention and control of non-communicable diseases. Geneva: World Health Organization 2012. Publication no. A/NCD/2 available at http://apps.who.int/gb/NCDs/pdf/A_NCD_2-en.pdf access on 12-10-2012.
5. The NCD Alliance 2012. NCD alliance plan for the United Nations high level summit on non-communicable diseases. Available at http://ncdalliance.org/sites/default/files/rfiles/NCD%20Alliance%20Plan_web.pdf access on 11-21-2012.
6. WHO - World Health Organization. Prevention and control of non-communicable diseases: Guidelines for primary health care in low resource settings. Geneva 2012, publication no. W84.6 available at http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76173/1/9789241548397_eng.pdf access on 11-21-2012.
7. Cohen L K, Benzion H, Bergman M. UN Summit: Stepping up efforts to address oral diseases. *Compendium*, 2012 **33**:4.
8. Sheiham A, Watt R G. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000 **28**:399–406.
9. Watt R G, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012 **40**: 289–296.
10. WHO - World Health Organization. Oral health, general health and quality of life. 2005, publication no. 05-024158 available at <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/editorial30905html/en/index.html> access on 12-11-2012.
11. Jeffcoat M. Periodontal therapy reduces hospitalizations and medical care costs in diabetics. 2012, available at <http://www.medicalnewstoday.com/releases/243335.php> access on 12-11-2012.
12. FDI - World Dental Federation. WHO documents pay only lip service to oral health. 2012 available at

http://www.fdiworldental.org/news?p_p_id=56_INSTANCE_HjF1&newsId=389313
access on 11/12/2012.

13. Mendes E V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. 1^a ed, pp 324-327. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2012.

14. WHO - World Health Organization. Follow-up to the political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. Geneva 2013, publication no. WHA66.10 available at http://www.fdiworldental.org/media/26435/who_ncd-action-plan_2013-20_a66_wha.pdf access on 06-04-2013.

Uma vida não examinada não vale a pena ser vivida.

Sócrates (470-399 a.C.)

11. ANEXOS

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO PROJETO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
Núcleo de Bioética
Comitê de Ética em Pesquisa
Ciência com Consciência

PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROTOCOLO DE PESQUISA

Parecer Nº 0005498/11

Protocolo CEP Nº 6257

Título do projeto O MOVIMENTO CIDADE SAUDÁVEL E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO ÀS DOENÇAS

Grupo III

CRÔNICAS

Versão 002

Protocolo CONEP 0288.0.084.000-11

Pesquisador responsável Gerson Luis Schwab

Instituição Curitiba

Objetivos

OBJETIVO(S) GERAL(ES)

Relacionar o Movimento Cidade Saudável (MCS) com o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS) visando operacionalizar o enfrentamento às doenças crônicas.

- 1 - Descrever os princípios do MCS, em seu contexto histórico, como norteadores na formação de intervenções em rede para o enfrentamento ao DM2, HA e Depressão.
- 2 - Avaliar o processo de implantação do MACC em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Curitiba, Paraná.
- 3 - Observar e comparar as abordagens de enfrentamento ao DM2, à HA e depressão em três cidades saudáveis (Curitiba, Vancouver e Greve in Chianti).
- 4 - Pesquisar a recorrência de doença periodontal relacionada ao DM2.

Comentários e considerações

O pesquisador contextualiza a escolha do projeto Movimento Cidades Saudáveis (MCS) a partir do Projeto cidades saudáveis da OMS de 2000 que buscava aplicar o conceito de Cidade Saudável nas cidades europeias, que visava o direito de qualidade de saúde da população, em particular, de pessoas com Doenças Crônicas (DC). O pesquisador se propõe realizar um estudo descritivo, transversal e observacional, quasi-experimental, desenvolvido em uma abordagem quali-quantitativa. Apresenta detalhadamente as fases da pesquisa indicando os instrumentos e a metodologia para a análise dos dados. Faz referência aos critérios de inclusão e exclusão; aponta os riscos e benefícios aos sujeitos e apresenta uma consistente fundamentação teórica. Indica também os sujeitos e locais da pesquisa, sendo Treze unidades de saúde, sendo uma piloto (Alvorada), seis experimentais (Érico Veríssimo, Jardim Paranaense, Pantanal, Sabará, Barigui, Caiuá) e seis controle (Moradas Belém, W. Monastier, Irmã Teresa Araújo, Thaís Viviane, Vitória Régia e Vila Verde) de dois distritos sanitários (Boqueirão e CIC).

Termo de consentimento livre e esclarecido e/ou Termo de compromisso para uso de dados.

Há concisão e objetividade, descrição dos procedimentos, identificação dos riscos e benefícios. A linguagem utilizada na redação do TCLE e TCU é adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos da pesquisa.

Recomendações

Rubricar as páginas e inserir a paginação.

Conclusões

O pesquisador atendeu as recomendações da primeira versão e realizou os ajustes das irregularidades indicadas. Em reunião no dia 09.11.2011, o colegiado manifesta-se por considerar o projeto aprovado.

Devido ao exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, de acordo com as exigências das Resoluções Nacionais 196/96 e demais relacionadas a pesquisas envolvendo seres humanos, em reunião realizada no dia: **09/11/2011**, manifesta-se por considerar o projeto **Aprovado**.

Situação Aprovado

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-PUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Se a pesquisa, ou parte dela for realizada em outras instituições, cabe ao pesquisador não iniciá-la antes de receber a autorização formal para a sua realização. O documento que autoriza o início da pesquisa deve ser carimbado e assinado pelo responsável da instituição e deve ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser requerido por este CEP em qualquer tempo.

Curitiba, 09 de Novembro de 2011.

Prof. MSc. Naim Akel Filho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
PUC PR



ANEXO II

DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO PROJETO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA PARA CONCESSÃO DE CAMPO DE PESQUISA

ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL DAS PESQUISAS REALIZADAS NA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE PARA ENCAMINHAMENTO AO COMITÊ DE ÉTICA

O seu projeto Prot. 104/2011 intitulado "O movimento cidade saudável e as redes de atenção à saúde no enfrentamento às doenças crônicas" foi analisado quanto à viabilidade e foi considerado aprovado.

Cópia do seu projeto foi enviada aos DS Cajuru, Boqueirão e CIC e nos próximos dias você poderá entrar em contato com as ASL, verificando o aceite da pesquisa e organizar a coleta de dados.

Lembramos que ao término da pesquisa deverá ser enviado para este Comitê o Relatório Final conforme o modelo CEP/SMS (em anexo) e cópia do trabalho final completo em CD.

Atenciosamente,

Magrit Fabian Sarturi
Secretária Executiva
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Educação em Saúde - CES
Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba
Fone para contato 3350-9450

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, por necessitar ter em arquivo o relatório final das pesquisas realizadas nas dependências dos serviços da Secretaria, solicita o encaminhamento de uma cópia do relatório final ao Comitê, logo após a conclusão da pesquisa.

O Comitê encaminhará uma cópia deste relatório aos locais que abrigaram a pesquisa para que os profissionais possam conhecer seus resultados.

Deverá ser entregue, também, uma cópia da íntegra do trabalho (artigo, TCC, monografia, dissertação ou tese) em CD (em Pdf) para arquivo e consulta.

ROTEIRO:

O relatório final deverá conter os seguintes itens:

- Título
- Autores
- Instituição de ensino
- Introdução/justificativa
- Objetivos
- Metodologia (resumida)
- Resultados (síntese)
- Comentários

(sugerimos ter no máximo 2 páginas) E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Página 1 de 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Pesquisa avaliativa sobre a implementação do Modelo de Manejo às Condições Crônicas na Atenção Primária em Saúde.

O objetivo desta pesquisa é avaliar o processo e resultados da implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas em Unidades Básicas de Saúde do município de Curitiba, Paraná. Este estudo pretende apoiar a melhoria do atendimento a usuários com condições crônicas em Curitiba e faz parte de uma pesquisa mais ampla intitulada O movimento Cidade Saudável e as Redes de Atenção à Saúde no enfrentamento às Doenças Crônicas.

Sua participação no referido estudo será no sentido de responder um questionário sobre sua percepção sobre o atendimento à sua condição crônica pela equipe de saúde local.

Os riscos em participar deste projeto são mínimos, uma vez que não envolve nenhum tipo de teste ou procedimento médico. Os riscos e desconforto em participar deste estudo não são maiores que os riscos e desconfortos do dia-a-dia. Pode não haver nenhum benefício pessoal da sua participação nesta pesquisa; no entanto, esperamos que suas respostas nos ajudem a melhorar a qualidade da atenção a pessoas com condições crônicas atendidas na Rede de Atenção à Saúde de Curitiba.

A informação obtida sobre você neste estudo será mantida em sigilo, conforme previsto por lei, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo, será mantido em sigilo.

Você poderá se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. E ainda, se desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo ao atendimento que vem recebendo.

Não há nenhum custo para você participar desta pesquisa. Do mesmo modo, não haverá nenhum tipo de remuneração para participação nesta pesquisa. A participação é voluntária.

Os pesquisadores envolvidos com este estudo são Gerson Luis Schwab e Simone Tetu Moysés, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), e com eles poderá manter contato pelos telefones 41 3242-4685 e 41 9987-6921.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo você poderá ligar para o CEP PUCPR (41) 3271-2292 ou mandar um e-mail para nep@pucpr.br.

Você está tomando uma decisão se quer ou não participar deste estudo. Sua assinatura indica que você leu (ou alguém leu para você) as informações prestadas acima e decidiu participar. Você receberá uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Curitiba, _____ de _____ de 2011.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Nacionalidade:
Idade:
Endereço de residência:
RG:

Pesquisadores responsáveis

Gerson Luis Schwab

Simone Tetu Moysés

ANEXO IV
INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

ARTIGO 1: REVISTA PORTUGUESA DE SAÚDE PÚBLICA

<http://apps.elsevier.es/ficheros/NormOrga/323normas.pdf>

ARTIGO 2: HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL

http://www.oxfordjournals.org/our_journals/heapro/for_authors/

ARTIGO 3: REVISTA PAN-AMERICANA DE SAÚDE PÚBLICA

http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_content&view=article&id=35&Itemid=155&lang=en

ARTIGO Quatro: INTERNATIONAL DENTAL JOURNAL

(publicado em 22/10/2013)

ARTIGO 5: REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS

<http://humanidadesmedicas.com/envio-de-propuestas/articulos-para-la-revista/directrices-para-los-autores>