



Ministério da Saúde

**POLÍTICA NACIONAL
DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

(Documento para discussão)

Brasília 2002

Sumário

Política Nacional de promoção da Saúde (Documento para discussão) | **03**

Apresentação | **05**

1- Introdução | **07**

2- Porque promover a saúde? | **12**

3- O desafio das evidências na Promoção da Saúde | **15**

4- Bases para o desenvolvimento na promoção da Saúde | **19**

5- Bases para avaliação em promoção da saúde | **23**

6- Estratégias e linhas de ação | **27**

7- Inquérito Nacional sobre Promoção da Saúde | **40**

8- Propostas para discussão | **41**

Referências bibliográficas | **42**

An abstract geometric composition featuring two large, thin black circles that overlap each other and a square. The square is positioned in the lower-left quadrant, with its top-right corner at the intersection of the two circles. A thick, dark grey shape, resembling a stylized human figure or a geometric form, is partially visible within the square, extending from the left edge towards the top-right corner. The background is plain white.

“Seria uma contradição se, incapado e consciente do incapamento, primeiro, o ser humano não se inscrevesse ou não se achasse predisposto a participar de um movimento constante de busca e, segundo, se buscasse sem esperança.”

Paulo Freire

Apresentação

O Informe sobre a Saúde no Mundo 2002, apresentado pela Organização Mundial da Saúde, nos traz um estudo aprofundado sobre os riscos à saúde no mundo moderno e o que podemos e devemos fazer para reduzir estes riscos e promover uma vida saudável. Os mais graves apontamentos do documento diz respeito aos riscos de consumo pelo excesso ou pela escassez; os riscos ambientais de saneamento ou da produção industrial e os riscos propiciados por comportamentos inseguros.

Este documento nos remete a uma reflexão e nos aponta a necessidade de tomar decisões para o enfrentamento da realidade sanitária brasileira. Somos um país em desenvolvimento, convivendo com os problemas dos dois extremos que duplicam nossa carga de enfermidades. Formamos um imenso território, com grandes diversidades regionais e subjetividades multiculturais que singularizam os riscos e convivemos com desigualdades sociais históricas inter e intra-regionais que também determinam a carga das doenças. Este é o cenário que compõe a complexidade de nossa realidade e de nossos desafios.

Ao lado disso o Brasil vem construindo a partir de sua reforma sanitária um extraordinário processo de reforma do Estado no setor, com a descentralização da gestão e a decisiva participação do controle social. Pautado pelo seu caráter público e por seus princípios de justiça social, garantidos pela Constituição, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem escrevendo num processo de aprofundamento do debate em torno da saúde, sua contribuição para o desenvolvimento da cidadania da nação brasileira.

Os problemas a que nos remetem nossa realidade sanitária e a potencialidade do nosso sistema público de saúde aumentam nossa responsabilidade, enquanto gestores e profissionais do setor, frente ao enfrentamento dos determinantes sociais de nossos riscos, e a urgente necessidade de ampliar nossa esperança de vida saudável e evitar mortes prematuras e incapacidades.

A promoção da saúde como campo de ações, nos empurra a uma liderança na defesa da saúde em todas as suas dimensões, através do diálogo abrangente e efetivo com a sociedade, com seus setores produtivos, com suas organizações comunitárias e com seus meios de comunicação para um pacto pela saúde..

Este documento se insere neste processo dialógico de teoria/prática, refletir/agir para a construção de uma política nacional de promoção da saúde que amplie nossa capacidade de gestão, atenção e parcerias, pautadas por um compromisso ético em defesa da vida.

1- Introdução

“A promoção da saúde compreende a ação individual, a ação da comunidade e a ação e o compromisso dos governos na busca de uma vida mais saudável para todos e para cada um”.¹

Na entrada do século XXI, o mundo moderno vive uma crise que se caracteriza pelo não cumprimento da promessa de igualdade, liberdade, solidariedade e paz. Nesta crise, a humanidade busca redirecionar o conhecimento e o desenvolvimento para rediscutir valores e princípios que façam frente ao predomínio da intolerância na convivência, ao aumento das guerras, ao acirramento das desigualdades econômicas e sociais intra e interpaíses e ao desenvolvimento desvinculado das reais necessidades dos povos.

No campo da saúde, é cada vez mais reconhecida a incapacidade do modelo de atenção vigente - baseado hegemonicamente no conhecimento biológico, no parque tecnológico médico, no risco e atenção individual - de explicar e responder aos processos de saúde e doença de uma população.

A evolução tecnológica e científica baseada no conhecimento biomédico deu grandes saltos e contribuiu inegavelmente à atenção e ao controle dos riscos de doenças. O desenvolvimento das vacinas e sua estratégia de utilização populacional é responsável pela erradicação de doenças como a varíola e a poliomielite. Todo o arsenal terapêutico e de métodos diagnósticos permitiu abordagens precoces e maior efetividade das intervenções. Vive-se a expectativa que se abre no campo do conhecimento e instrumental genético para o controle das enfermidades. Todas estas conquistas não apagam o debate que se dá no início do novo milênio sob o imperativo ético do direito a viver com qualidade.

O aumento da morbimortalidade por causas externas que tem atingido, principalmente, jovens² e a população em idade produtiva - sejam nos acidentes de trânsito, nos conflitos, nos homicídios ou suicídios, o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis como causa de morte, o recrudescimento de antigas doenças com novas características - se configuram questões atuais de saúde da população para as

¹ citação da Cartilha VAMOS PROMOVER NOSSA SAÚDE?, Editada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Alfabetização Solidária - 2002

² No Brasil, os adolescentes correspondem a cerca de 20% da população do País e contribuem com 3% da mortalidade geral, com marcante predominância de mortes masculinas, sobretudo por acidentes e violências. Em 1998, as causas externas determinaram 47% dos óbitos entre 10 e 14 anos de idade e 68% entre 15 a 19 anos, com participação masculina respectivamente de 69% e 85%. Predominaram as mortes por homicídio, com aumento de 22,4% entre as causas externas, no triênio 1979/81, para 53%, em 1998. Dados do CENEPI-FUNASA/MS

quais o instrumental científico-tecnológico, por si só, não é suficiente para respondê-las, dada a sua complexidade. Questões significativas e que desafiam a se pensar saúde sob a ótica do desenvolvimento e da condição humana. Mas ainda no Brasil onde as desigualdades sociais tão profundas se refletem claramente na distribuição dos riscos.

Evidências mostram que a saúde está muito mais relacionada ao modo de viver das pessoas do que à idéia hegemônica da sua determinação genética e biológica. O sedentarismo e a alimentação não saudável, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, o frenesi da vida cotidiana, a competitividade, o isolamento do homem nas cidades são condicionantes diretamente relacionados à produção das ditas doenças modernas. Há que se destacar a desesperança que habita o cotidiano das populações mais pobres e que também está relacionada com os riscos dessas enfermidades.

As últimas décadas, mostrou avanços em indicadores de saúde. A melhoria do saneamento das cidades, das condições de trabalho e de um maior acesso aos serviços contribuíram para a queda significativa na mortalidade infantil e no aumento da expectativa de vida. No Brasil, no início do século passado, a esperança de vida ao nascer era de 35 anos. Atualmente, esta expectativa alcança uma média de 68 anos, com as mulheres atingindo os 72 anos de vida. São homens e mulheres a caminho da longevidade. Porém, restam muitas barreiras a serem transpostas.

O Brasil, semelhante a outros países em desenvolvimento, vive a transição epidemiológica, que marca a diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e o aumento da mortalidade proporcional por doenças crônicas não transmissíveis. Morrem cerca de 255 mil brasileiros, anualmente, de doenças cardiovasculares e os agravos relacionados às causas externas produzem cerca de 120 mil óbitos ao ano e invalidam outros tantos milhares. Convive-se, hoje, com a recrudescência de endemias como a dengue, nos centros urbanos, com as dificuldades para controlar outras como a tuberculose e malária e para erradicar a hanseníase.

A sociedade moderna também se caracteriza pela urbanização. No caso do Brasil, mais de 80 % de brasileiros vivem nas cidades. E mais que isto, nas últimas décadas se verifica o seu estabelecimento em territórios cada vez mais concentrados, onde os grandes aglomerados urbanos, metropolitanos ou não metropolitanos, abrigam mais de 50% da população.

Convive-se com a persistência de desigualdades históricas intra e inter-territoriais, entre os gêneros e raciais com relação a renda, acesso a educação e a saúde. Na década de 90, os 10% mais ricos no Brasil, tinham renda 22 vezes maior do que os 40% mais pobres. Além disso, entre os 10% mais ricos, 80% possuem domicílio com saneamento básico, enquanto só 32% dos 40% mais pobres têm esse benefício. Se

tomarmos a educação como base, entre os estudantes de 20 a 24 anos, dos 10% mais ricos 21% são de nível superior, sendo que nos 40% mais pobres somente 2,6% o são.

Todo este debate coloca a necessidade de se delinear estratégias e ações no campo da saúde capazes de apontar para a construção de soluções dos problemas complexos que se vive. A promoção da saúde como campo conceitual, metodológico e instrumental ainda em desenvolvimento, traz, em seus pilares e estratégias, potenciais de abordagem dos problemas de saúde: assume a saúde em seu conceito amplo, pauta a discussão sobre qualidade de vida, pressupõe que a solução dos problemas está no potencial de contar com parceiros e a mobilização da sociedade. Trabalha com o princípio da autonomia dos indivíduos e das comunidades, reforça o planejamento e poder local.

A política de saúde construída no Brasil, a partir do esforço da sociedade em seu processo de redemocratização e que culminou com a Constituição de 1988, tem em seu arcabouço elementos para o desenvolvimento de ações e estratégias de promoção da saúde. Os princípios de universalidade, integralidade e equidade e as diretrizes de descentralização e organização hierarquizada podem ser potencializados a partir do olhar e de ações de promoção da saúde, contribuindo para a qualificação do Sistema Único de Saúde e a partir deste para a construção de uma ampla aliança nacional tendo como centro a qualidade de vida.

Apesar do Estado Brasileiro de cunho ainda muito autoritário, inserido no mercado global monopolista, se apresentar setorializado e fragmentado em suas ações, ainda dicotomizar o social do econômico, e só muito recentemente ter utilizado em sua história o planejamento social, vivencia-se grandes avanços.

No setor saúde o incentivo de um controle social efetivo que se materializa através dos conselhos municipais, estaduais e nacional, e das conferências de saúde, em todos estes níveis, tem se mostrado como fundamental para a participação da sociedade. Os avanços na municipalização, descentralização da gestão do sistema e financiamento do SUS registrando 99% dos municípios em gestão plena da atenção básica ou plena do sistema municipal permitem que 70% dos recursos sejam repassados fundo a fundo.

Há um consenso de que o Sistema Único de Saúde representa um grande avanço no tocante às políticas públicas, sendo a saúde um setor com propostas e práticas claras de controle social, transparência administrativa e gestão participativa.

Apesar de avançado em seus princípios orientadores, o Sistema Único de Saúde ainda guarda, em seu modelo de atenção, uma perspectiva fortemente pautada nos fundamentos da biomedicina, o que dificultará a longo prazo, sua sustentabilidade, tanto do ponto de vista financeiro quanto do potencial de reverter as tendências

epidemiológicas dos graves problemas de saúde do país³. Neste sentido, a promoção da saúde se apresenta como uma possibilidade concreta de mudança na agenda da saúde tanto para fortalecer quanto para fundamentar a sua consolidação.

A estratégia de saúde da família, de grande inserção social, já conta com 14 mil equipes e 180 mil agentes comunitários. É orientada pela lógica da territorialização, da vinculação, responsabilização e do olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões sociais e culturais, onde estão inseridas as famílias e os indivíduos. Por essas características essa estratégia política tem o potencial de ruptura da lógica hegemônica do cuidado individual e desvinculado e é concretamente um importante espaço para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. Pelo seu potencial orientador do modelo de atenção vigente, necessita incorporar em suas práticas o conceito positivo de saúde, a integralidade da atenção à saúde e a perspectiva da troca de saberes e fazeres com a comunidade a qual está vinculada.

A elaboração de uma política de Promoção da Saúde deve basear-se nas especificidades da realidade brasileira, considerando-se as cartas e acordos internacionais que, desde Ottawa (1986), vêm definindo a promoção da saúde, cujos pilares e estratégias retomam, incorporam e refletem os grandes dilemas da esfera social, que tem originado, no campo da saúde, novas agendas como o estímulo à autonomia dos indivíduos, o reforço da ação comunitária, a desafiante superação da especialização e fragmentação das políticas públicas e da atenção à saúde, bem como a pactuação de propostas de gestões intersetoriais, a construção de ambientes saudáveis e a formulação de políticas comprometidas com a qualidade de vida.

A promoção da saúde coloca desafios teóricos e estratégicos para o desenvolvimento da saúde pública como os compromissos firmados na V Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada no México, em 2000, na qual os Ministros de Saúde dos países participantes se comprometeram a destacar a promoção da saúde como política pública e a desenvolver estratégias para melhorar os determinantes da saúde e reduzir iniquidades.

Uma política de promoção da saúde deve contribuir para o aprofundamento das promessas da reforma sanitária brasileira. Promessas que além da construção do SUS apontam para a transformação das práticas sanitárias⁴ com a superação da baixa-

³ Relatório da XI Conferência Nacional de Saúde, Brasília - 2000. "Há um reconhecimento da ainda fragmentada intervenção em problemas específicos, entre os quais pode ser destacado o combate à violência: reforçada pela mídia, a lógica do tratamento das doenças por ações hospitalocêntricas e especializadas ainda é preponderante; soma-se a isto a falta de estimulação à adoção de práticas terapêuticas não hegemônicas, como a acupuntura, fitoterapia e homeopatia."

cobertura em direção a universalização, busca da equidade, a integralidade do cuidado e respeito a cidadania. Promessas também que se comprometem com a democratização da saúde, da sociedade, do Estado e das Instituições.

⁴ Jairnilsom Paim, Saúde - Política e Reforma Sanitária, COOPTEC ISC, Salvador 2002

2- Porque promover a saúde?

A 51ª. Assembléia Mundial da Saúde, ocorrida em 2000, aponta o desafio de saúde para todos no século XXI, reafirma o compromisso da saúde ser um direito fundamental dos seres humanos e enfatiza a relação entre saúde e os preceitos éticos de equidade, solidariedade e justiça social. Nela, os países assumiram um compromisso de abordar os determinantes básicos e os pré-requisitos para a saúde e reconheceram que a saúde é fruto de um trabalho interdependente de todas as nações, comunidades, famílias e indivíduos.

A promoção da saúde leva a refletir sobre o objeto saúde. Sem ter a pretensão de finalizar esta discussão, propomos que saúde é um conceito em construção, em movimento, dependendo de valores sociais, culturais, subjetivos e históricos. Podemos dizer que é a busca de uma relação harmoniosa que nos permita viver com qualidade, que depende de um melhor conhecimento e aceitação de nós mesmos, de relações mais solidárias, tolerantes com os outros, relações cidadãs com o Estado e relação de extremo respeito a natureza, em uma atitude de responsabilidade ecológica com a vida sobre a terra e com o futuro. Estas relações significam construir saúde em seu sentido mais amplo, radicalizar na luta contra as desigualdades e participar na construção de cidadania e da constituição de sujeitos. Sujeitos que amam, sofrem, adoecem, buscam suas curas, necessitam de cuidados, lutam por seus direitos e desejos.

Neste contexto, promover saúde se impõe pela complexidade dos problemas que caracterizam a realidade sanitária em que predominam as doenças crônicas não transmissíveis, a violência e as novas endemias. Se impõe também pela potencialidade de estratégias que superam a cultura da medicalização que predomina no imaginário da sociedade e que não pode ser modificada por meio destes mesmos procedimentos médicos.

A promoção da saúde enfrenta esta realidade sanitária na medida em que oferece condições e instrumentos para uma ação integrada e multidisciplinar que inclui as diferentes dimensões da experiência humana a subjetiva, a social, a política, a econômica e a cultural e coloca a serviço da saúde, os saberes e ações produzidos nos diferentes campos do conhecimento e das atividades.

Promover saúde também é aceitar o imenso desafio de desencadear um processo amplo que inclui a articulação de parcerias, atuações intersetoriais e participação popular, que otimize os recursos disponíveis e garanta sua aplicação em políticas que respondam mais efetiva e integralmente às necessidades da sociedade. É se responsabilizar no nível da legislação e execução com políticas que favoreçam a vida em todas suas dimensões sem que isso implique, necessariamente, no desenvolvimento de

ações inéditas, mas no redirecionamento do enfoque das políticas públicas.

A promoção da saúde lida com estilos de vida. Com as formas de viver constituídas nas sociedades modernas, onde a população perde de vista o que é uma vida saudável e passa a adaptar-se a uma forma de vida sedentária e estressante, com o predomínio de consumo de alimentos industrializados com altos teores de sal e ácidos graxos saturados, com o abuso de drogas lícitas ou ilícitas, que são determinantes fundamentais na geração de doenças. Doenças determinadas também por problemas mais comuns nas populações menos favorecidas como o medo, a desesperança, a dificuldade de acesso a bens e valores culturais e de cidadania.

Promover saúde é educar para a autonomia como construído por Paulo Freire⁵, é tocar nas diferentes dimensões humanas, é considerar a afetividade, a amorosidade e a capacidade criadora e a busca da felicidade como igualmente relevantes e como indissociáveis das demais dimensões. Por isso, a promoção da saúde é vivencial e é colada ao sentido de viver e aos saberes acumulados tanto pela ciência quanto pelas tradições culturais locais e universais.

A promoção da saúde trabalha a mobilização comunitária. Mobilização que tenta romper o individualismo que se tornou uma das principais características das sociedades modernas. Neste espaço atua no fortalecimento da ação comunitária, compartilhando os saberes técnicos e saberes populares e criando condições para a construção de estratégias que têm se mostrado eficazes na abordagem dos problemas de saúde. Mobilização que se posiciona a favor da vida e se conecta aos movimentos globais a favor do desenvolvimento humano⁶.

A promoção da saúde busca construir espaços saudáveis. As noções prevalentes de progresso vêm estimulando ataques permanentes ao meio ambiente: rios, mares, terra, floresta, ar, mangues... Além disso, os ambientes de trabalho muitas vezes não estão adequados às condições mínimas de salubridade e convivência; nos ambientes escolares há dificuldades de se conter a violência, persiste o desrespeito às diferenças e há pouca integração entre a escola e comunidade. O estímulo à construção de espaços saudáveis, pensando o espaço enquanto território vivo como na concepção de Milton

⁵ Paulo Freire, *Pedagogia da Autonomia* Ed. Paz e Terra - 2002 "assumir-se como ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos, capaz de ter raiva porque capaz de amar. Assumir-se como sujeito porque capaz de reconhecer-se como objeto. A assunção de nós mesmos não significa a exclusão dos outros. É a "outredade" do "não eu", ou do *tu*, que me faz assumir a radicalidade de meu *eu*."

⁶ Milton Santos, *O Espaço do Cidadão* Ed Nobel, 2000 - "frequentemente os movimentos de massa também se esgotam nas coisas, tendo uma lógica mais instrumental que existencial. As mobilizações locais e setoriais não deve perder a dimensão de um movimento global. A reivindicação de uns não raro representa um agravo para o outro. A força da alienação vem dessa fragilidade dos indivíduos, quando apenas conseguem identificar o que os separa e não o que os une"

Santos⁷, favorece suas potencialidades na implementação de qualidade de vida.

A promoção da saúde propõe o desafio de reorientar os serviços de saúde a superar a fragmentação do assistir a doença, e irem em direção a perspectiva da atenção integral às pessoas em suas necessidades, numa relação dialógica do cuidar/ser cuidado, do ensinar/aprender. Traz os serviços a reflexão de que necessitam participar ativamente das soluções dos problemas de saúde levantados conjuntamente com as comunidades.

Deve ficar claro que a promoção da saúde não deve ser mais um nível de atenção, nem deve corresponder a ações que acontecem anteriormente à prevenção. Com esta compreensão não deve se constituir como mais um programa, mais uma estrutura organizacional. Ao contrário, se compõe de estratégias que se movem transversalmente em todas as políticas, programas e ações do setor saúde, numa tentativa de trazer o olhar, a perspectiva da saúde e do desafio do construir a integralidade em toda a sua complexidade e singularidade social e individual. Significa ousar na busca de tecnologias (indicadores, planejamento, processos avaliativos) que dêem conta do desafio da não fragmentação destas mesmas políticas, programas e ações. Mais do que isto, a definição de ações voltadas para a promoção da saúde, embora tenha um componente regulatório, devem ser mais indutoras e estar a serviço do desenvolvimento humano e do processo de emancipação da nação.

⁷ Milton Santos, O Espaço do cidadão. Ed. Nobel, 2000. "O cidadão é o indivíduo num lugar"

3- O desafio das evidências na Promoção da Saúde

Promover saúde é lidar com questões complexas, é saber de antemão que aos enfoques experimentais das ciências físicas e biológicas baseadas no positivismo lógico têm que ser acrescidas as metodologias utilizadas nas ciências sociais como a antropologia, a psicologia e a sociologia. A grande força da promoção da saúde é que se movimenta e agrega diversos setores e diferentes disciplinas e este movimento, embora lhe fortaleça, dificulta sua abordagem científica.

Estas questões nos remetem a pergunta: podemos trabalhar com evidências na promoção da saúde se ela se configura como um campo de ações transversais e multisetoriais, que mistura enfoques e abordagens variadas?

A outra questão colocada e enfatizada no informe das bases científicas da promoção da saúde para a 5ª. Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada na cidade do México em 2000 é se os países em desenvolvimento devem aceitar os enfoques das provas científicas que satisfazem os países centrais? Estes enfoques são aplicáveis aos países como o Brasil, que se caracteriza por grandes iniquidades em saúde?

Tomando emprestado as idéias de Pasquale Nardane⁸ para a promoção da saúde, apreende-se que se lida neste campo com temas complexos e singulares, como a saúde e a vida, relacionados amplamente com política, economia, desenvolvimento, subjetividades nas quais estão incluídas as necessidades de felicidade e o gosto pelo prazer, cuja magnitude as provas científicas não conseguem alcançar. Embora não dê para trabalhar as estratégias de promoção de saúde nas bases científicas já bem estabelecidas para as ciências biológicas, o misto de análises quantitativas e qualitativas, acrescida de narrativas não sistematizadas podem dimensionar a complexidade dessas ações, seus processos e impactos.

Vive-se a necessidade do mundo moderno obcecado por resultados, secundarizando-se muitas vezes o processo que enriquece estes mesmos resultados e contribue para sua sustentabilidade. Vive-se o dilema da ambição da concretude e das possibilidades da fantasia. Como a fantasia de Copérnico que vislumbrou a terra redonda, girando ao redor do sol, dando um grande salto na compreensão da astronomia e contribuindo decisivamente para o conhecimento humano e as experiências futuras mesmo que naquele momento histórico não houvesse nenhuma possibilidade de evidência.

⁸ Edgar Morin, A Religião dos Saberes, Ed. Bertran Brasil, 2001 Pasquale Nardane professor do ensino de física da Universidade Livre de Bruxelas, referindo-se a cosmologia, a define como uma sucessão de encaixes, em que são empilhados não somente conceitos e idéias, mas também fantasias. Define o físico como narrador de histórias em que não só desenha figuras geométricas mas conta a evolução dessas figuras. Este processo narrativo e a dificuldade na cosmologia de definir evidências choca-se com o objetivo do cientista da previsão, um papel extremamente ambicioso e essencial.

Na promoção da saúde nos aproximamos do princípio judicial, onde as decisões dos jurados são baseadas em narrativas testemunhais, policiais, perícias e a ciência forense, muitas de nossas decisões políticas para a saúde são assim também construídas.

O relatório para a Comissão Europeia da União Internacional para a Promoção e Educação em Saúde reafirma que as estratégias de promoção da saúde são mais efetivas quando trabalhadas em conjunto e as intervenções para desenvolver hábitos e estilos de vida saudáveis, têm melhor efetividade quando percorrem todo o ciclo de vida.

Apesar disso, no caminhar da ainda pequena história deste campo de ações as observações de sua efetividade se acumulam, construídas por fatos históricos, narrativas e provas científicas, algumas anteriores a sistematização de Ottawa.

As evidências indicam que as condições sócio-econômicas estão relacionadas ao processo saúde doença, como a renda, educação e emprego⁹. A desigualdade, mais do que a pobreza absoluta, é um fator crucial em algumas regiões enquanto que a miséria determina a saúde em outras.

O principal fundamento dessas evidências é que a promoção da saúde para ser efetiva deve ser conduzida dentro do contexto do desenvolvimento econômico, social e humano. Conforme Santos os países periféricos e semi-periféricos como o Brasil, devem se debruçar em discutir e construir alternativas ao desenvolvimento, sustentadas numa lógica ecológica e emancipatória¹⁰.

Em países como o Brasil, como já demonstrado em Trinidad e Tobago, Cuba, Chile e Costa Rica o investimento em saúde e educação tem sido decisivo em diminuir a pobreza, como já experienciado nesses países onde a pobreza afeta somente 10% da população influenciando em indicadores de saúde.

Estudos mostram que 15 a 20% dos adultos sofrem de alguma desordem mental e entre os adolescentes estas taxas situam-se entre 17 a 22%. Desordem mental que está fortemente influenciada pelo estresse da vida moderna, o viver nos aglomerados urbanos, o sedentarismo, o pouco contato com a natureza, o uso de drogas e álcool, a violência interpessoal e a auto violência. As estratégias de promoção da saúde voltadas para a abordagem destes problemas são fundamentais e têm demonstrado efetividade.

No Brasil, os programas de incentivo às práticas esportivas e atividades

⁹ Estudo de Mackeon, sobre a curva de queda da mortalidade por tuberculose

¹⁰ Boaventura de Souza Santos, *Crítica da Razão Indolente*, ed. Cortez - 2000

culturais têm tido resultados positivos na redução da violência e do uso de álcool, tabaco e outras drogas.

Rose¹¹ discute que as causas dos casos diferem das causas da incidência de doenças. Ao tomar como exemplo as populações nômades do Kenya e funcionários de Londres, que ao contrário das primeiras têm elevada incidência de hipertensão arterial, demonstra que a incidência está determinada pela media da população e que intervenções sobre as populações são mais efetivas em alterar as curvas de incidência que as intervenções sobre os fatores individuais.

Ações de promoção de saúde associadas a programas de pré-natal têm reduzido em até 75% o baixo peso, o parto pré termo e lesões cerebrais nas crianças.

A Suíça com estratégias de promoção da saúde reduziu os coeficientes de suicídio de 19,7 para 7,1 por 100.000. Já foram demonstrados também queda no consumo de tranqüilizantes e antidepressivos

A experiência de Karelia do Norte em trabalhar os determinantes das doenças crônicas não transmissíveis com o estímulo a hábitos e estilos de vida saudável foi responsável pela diminuição da mortalidade por câncer de pulmão em 71% e por outros cânceres em 44%. A Bélgica reduziu em 25% a mortalidade por doenças cardiovasculares. Do ponto de vista da regulação o aumento no preço dos cigarros e restrição de locais para os fumantes está relacionado a diminuição da quantidade de cigarros consumidos.

O World Câncer Research Fund publicou que o consumo de verduras e frutas regularmente reduz a taxa de câncer em 20%. A associação desta alimentação saudável com a atividade física alcança taxas de redução de 30 a 40%. A diminuição do consumo de gorduras saturadas é responsável pela queda da hipercolesterolemia, enquanto a redução do colesterol em 1% é responsável pela diminuição de 2 a 3% da incidência de doenças coronárias. Há um esforço na Europa em restringir a quantidade de sal nos alimentos industrializados principalmente nos mais consumidos por idosos. Esta iniciativa de regulação assim como as experiências nacionais de adição de ferros, de legislação sobre os alimentos a serem consumidos nas cantinas das escolas associadas a outras iniciativas e discussões sobre a construção de vidas mais saudáveis tendem a ter maior efetividade na mudança dos hábitos alimentares de nossas famílias.

Atualmente encontra-se em discussão no Brasil a mudança na tampa do álcool para consumo doméstico que possivelmente terá um impacto positivo na incidência de

¹¹ Geoffrey Rose Publ. Int. J. Epimiol. - 1985

queimaduras. A mudança no empacotamento de medicamentos e venenos já mostrou, nos Estados Unidos, a queda de 45-55% do envenenamento comum por aspirina.

O adoecer e morrer por violência, assim como suas seqüelas tem sido um marco do final do século passado e do início deste. Além do estresse provocado pela insegurança da vida nas cidades que provoca outros tipos de sofrimento como o medo, a solidão, a dificuldade de sair às ruas principalmente dos idosos e das crianças. As estratégias de promoção de saúde e as intervenções intersetoriais contribuem na abordagem destes problemas.

A morbimortalidade associada a lesões provocadas por veículos está influenciada por um misto de regulação, ações comunicacionais e educativas. Muitas cidades brasileiras, como é o caso de Brasília, diminuíram o número de atropelamentos, albarroamentos com estas medidas além de contribuírem para um maior senso de cidadania.

4- Bases para o desenvolvimento da Promoção da Saúde no Brasil

A Constituição Federal Brasileira, de 1988, em seus artigos 194 e 196, ao adotar a Seguridade Social como modelo de proteção social que integra um conjunto de ações dos poderes públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, reconhece esta integração como um desafio e legitima os esforços para se alcançar a saúde como direito universal, instituindo um novo paradigma para a sua garantia, quais sejam, a múltipla determinação dos processos de saúde e de doença e a inter-relação da política de saúde com as políticas de outras áreas sociais e com as políticas econômicas.

Estabelece, também, a participação da comunidade e o atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo das atividades assistenciais, como diretrizes para a organização do sistema de saúde. A descentralização, com direção única em cada esfera de governo, completa o conjunto de diretrizes aprovadas pela sociedade, em acordo com a perspectiva da promoção da saúde.

A legislação infra-constitucional (Leis 8080/90 e 8142/90) não apenas reforça esta concepção, como detalha a forma e os mecanismos para a participação da comunidade na gestão do sistema e as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde no contexto da integralidade da atenção e da gestão descentralizada das ações e serviços.

As normas pactuadas nacionalmente que regulam o processo de descentralização e a reorganização do modelo de atenção, vêm introduzindo, com maior ou menor intensidade, a perspectiva da promoção da saúde. A Norma Operacional Básica do SUS NOB 01/96, a mais explícita em relação a um novo modelo de atenção orientado para promover a saúde, apresenta como bases para sua estruturação:

- A participação da população não somente nas instâncias formais, mas em outros espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, dentro dos próprios serviços de atendimento, favorecendo a criação de vínculos entre o serviço e os usuários, caracterizando uma participação mais criativa e realizadora para as pessoas;
- As ações de saúde devem ser centradas na qualidade de vida das pessoas e no seu meio ambiente, bem como nas relações da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com as famílias;

- O modelo epidemiológico, considerado eixo de análise dos problemas de saúde, por entender que este incorpora como objeto de ação as pessoas, o ambiente e os comportamentos interpessoais;
- O uso de tecnologias de educação e de comunicação social por se constituírem parte essencial em qualquer nível de ação;
- A construção da ética coletiva que agrega as relações entre usuário, sistema e ambiente, e que possibilita modificações nos fatores determinantes, estimulando as pessoas a serem agentes de sua própria saúde;
- As intervenções ambientais que suscitem articulações intersetoriais para promover, proteger e recuperar a saúde.

Para consolidar o modelo proposto, a NOB 01/96 institucionaliza os Programas Agentes Comunitários de Saúde PACS e Saúde da Família - PSF como estratégias necessárias à reorganização do modelo de atenção, definindo percentuais de financiamento como forma de incentivo aos gestores que aderirem a estes programas.

Ao definir os campos de atenção à saúde esta Norma enfatiza a promoção da saúde como pertinente às responsabilidades do SUS, principalmente no que diz respeito às políticas externas ao setor que interferem nos determinantes sociais dos processos de saúde e de doença das coletividades, de que são parte questões relativas às políticas sociais e econômicas - emprego, habitação, educação, lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos -, enfatizando a necessidade da implementação de mecanismos que propiciem a integração dessas políticas e ações.

O documento ressalta, ainda, que *as ações de política setorial em saúde, bem como as administrativas planejamento, comando e controle são inerentes e integrantes do contexto daquelas envolvidas na assistência e nas intervenções ambientais, explicitando ações de comunicação e educação em saúde como componentes da atenção à saúde.*

A Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS, editada através da Portaria nº 95 de 26/01/2001, considera e aprofunda as definições da NOB/96, destacando a regionalização e o aumento da equidade como necessários para aprofundar o processo de descentralização do SUS e introduz a noção de territorialidade na identificação das prioridades de intervenção; noção esta, que ultrapassa os limites políticos e se traduz na acessibilidade às ações e serviços que possam resolver os problemas de saúde do cidadão.

Intervenções estratégicas são consideradas objetivos da Fundação Nacional de Saúde FUNASA. O seu Plano de Aplicação para 2001 explicita saneamento, saúde indígena, vigilância ambiental em saúde, vigilância epidemiológica, educação em saúde e pesquisa como prioridades.

A institucionalização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, amplia a abrangência das ações de saúde incluindo *setores regulados* que representam os ambientes produzidos pelo homem resultantes do emprego de produtos químicos, da poluição, da contaminação ambiental, dos alimentos e dos produtos para o consumo humano.

A articulação entre os setores governamentais na formulação de políticas e intervenções voltadas para promover a saúde da população tem como exemplo:

- Portaria Interministerial nº 2035 de 08/11/2001, envolvendo os Ministérios da Saúde e da Justiça, que institui Comissão voltada para a definição de estratégias e alternativas de promoção e assistência à saúde no âmbito do Sistema Penitenciário Nacional; Portaria Ministerial nº 737 de 16/05/2001, que institui a Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes de Trânsito, que preconiza articulações com o Ministério da Justiça, Ministério da Educação, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência Social e Ministério de Ciência e Tecnologia;
- Portaria Interministerial nº 766, de 16/5/2001, que institui um Grupo de Trabalho Interministerial Saúde e Educação, que sob a coordenação do Ministério da Saúde, terá como atribuições a elaboração, implementação e acompanhamento dos Parâmetros Curriculares Nacionais em Ação sobre Saúde e Orientação Sexual.
- Portaria Ministerial no. 1324, de 23/6/2002, que constitui Comissão Nacional com a finalidade de definir e avaliar diretrizes políticas voltadas a promoção da saúde, prevenção e controle das doenças não transmissíveis.

Um outro exemplo a ser dado, que ilustra a potencialidade de intervenções que articulam diferentes setores e que ganham o apoio da sociedade estão representadas pelo conjunto de leis, normas e atos administrativos de combate ao uso do tabaco. Tais ações compreendem a obrigatoriedade do registro de produtos fumígenos pelas empresas produtoras, a proibição de venda de cigarros a crianças e adolescentes, a restrição de propaganda em veículos de comunicação, a proibição do uso de fumo em dependências de prédios públicos, a regulação dos teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono e a proibição de fumo nas aeronaves em todo

território nacional.

Outras medidas consideradas de promoção de saúde, além de caracterizar políticas intersetoriais, representam tomada de posição da Nação no sentido de preservar os direitos de seus cidadãos como no caso da política que define os medicamentos genéricos e a quebra de patentes de laboratórios internacionais sobre os antiretrovirais utilizados na AIDS.

Do ponto de vista legal e normativo a promoção da saúde faz parte do elenco de responsabilidades do Estado, enunciadas na conceitualização de saúde, nos princípios e diretrizes organizacionais do SUS, que contemplam a *participação comunitária* e a *integralidade* do sistema, com gestão descentralizada, e apontam para a *intersetorialidade*.

Estes aspectos, apreendidos no resgate histórico da institucionalização jurídico-legal da política de saúde, evidencia as potencialidades para a construção de uma política de promoção da saúde que tenha como objetivos principais i) tornar as condições políticas, econômicas, sociais, culturais, ambientais e de conduta favoráveis para a saúde dos indivíduos e de suas comunidades no pressuposto ético de defesa da vida e do desenvolvimento humano, e ii) reduzir as desigualdades quanto ao acesso às oportunidades para o desenvolvimento máximo do potencial de saúde.

Ao SUS caberia um papel catalisador, facilitador e sinérgico na promoção das articulações intra e inter-setoriais necessárias para o desenvolvimento de ações de cooperação governamental capazes de coordenar diferentes alternativas políticas, institucionais e sociais para a melhoria das condições e oportunidades para a saúde no território nacional.

5- Bases para avaliação em promoção da saúde

A característica central do campo da promoção da saúde é a sua complexidade que coloca desafios para sua avaliação.

Esta complexidade da promoção da saúde e da necessidade de se basear em teorias sólidas a sua avaliação se acentuam, ainda, mais quando o foco da intervenção se situa no campo de sistemas e de políticas. No entanto, a literatura, não nos traz nenhum conforto, pois mostra que o estado da arte da avaliação de políticas mais ampliadas ainda se encontra nos seus primórdios (McQueen e Springett, 2001). Este estágio de desenvolvimento do campo abre espaços para que se apresentem esforços inovadores e criativos no desenvolvimento de metodologias avaliativas.

Outros países - Canadá em 1978, Estados Unidos em 1979, Austrália em 1988, Nova Zelândia em 1989, Reino Unido em 1992 e Chile em 1998 desenvolveram estratégias nacionais de promoção da saúde e muito do seu esforço de avaliação se restringiu ao estabelecimento de metas e indicadores a serem atingidos e que caracterizariam melhoria do estado de saúde de sua população.

Importante ressaltar, que a maioria destes projetos nacionais têm focos bem específicos, comportamentais por natureza, o caso do Canadá é emblemático, pois inclui programas relacionados com álcool, tabaco, uso de drogas, nutrição e segurança, centrando suas intervenções sobre crianças, jovens, mulheres e idosos, em locais bem definidos: nos domicílios, em escolas, locais de trabalho e na comunidade.

As experiências avaliativas destes programas nacionais, relatadas pela literatura, se referem mais a projetos específicos, relativamente controlados e que funcionavam como projetos demonstrativos, como por exemplo, programas de prevenção de doenças cardiovasculares nos Estados Unidos ou iniciativas de controle do tabagismo no Canadá (Warren et al, 2001).

O Canadá enfrentou o desafio de desenvolver uma avaliação mais ampliada da sua política e desenvolveu importantes esforços em 1989, para agregar todo o material produzido desde 1978 quando foi lançada a sua política nacional de promoção da saúde. Apesar da imensa quantidade de material disponível para análise, não se conseguiu produzir evidências definitivas da efetividade do programa nacional de promoção da saúde canadense.

Por isso, o grupo de avaliadores teve que lançar mão, em 1989, de outros procedimentos e basear o seu parecer final numa extensa coleta de dados qualitativos e no julgamento subjetivo de uma série de parceiros, atores sociais com interesses distintos

no programa, membros da comunidade, profissionais, etc. Foram realizados inquérito e surveys com 50 membros do governo provincial e de ONGs; com 70 profissionais especialistas em promoção da saúde e com 100 grupos comunitários que receberam financiamento público para programas de promoção da saúde.

Esta abordagem avaliativa envolveu (1) a implementação de processos dinâmicos de monitoramento e avaliação; (2) a participação ativa de atores envolvidos com o programa na definição de indicadores; (3) o desenvolvimento de sistemas de informação integrados; (4) a implementação de coleta de informação e de disseminação de dados para uso imediato; (5) estabelecimento de avaliação da performance dos programas baseada em exercícios de consenso.

Esta iniciativa de avaliação da experiência canadense gerou as seguintes lições que podem ser aplicadas à esforços avaliativos de outras políticas nacionais de promoção da saúde:

- Necessidade de se implementar uma abordagem avaliativa em que todos os atores envolvidos com a política - administradores, formuladores de política, planejadores, funcionários, profissionais de saúde, usuários estejam envolvidos em todos os estágios do processo. Deve se enfatizar parcerias e consultas permanentes aos participantes no que concerne a identificação de indicadores chaves e de informação relevante. Esta abordagem não é nem "de cima para baixo, nem de baixo para cima", mas colaborativa, participativa e voluntária.
- Construir acordos sobre os princípios operacionais básicos na metodologia de monitoramento e avaliação. Ênfase na utilidade da informação coletada, na forma de disseminá-la, na integração de sistemas de informação já existentes e na identificação de lacunas existentes.
- Formar parcerias para a coleta de informação e para o desenvolvimento do marco referencial do monitoramento e da avaliação.
- Construir consensos quanto a identificação dos componentes chaves da política e dos seus objetivos gerais.
- Envolver profissionais e atores sociais na definição de medidas de desempenho da política e dos programas, bem como quais devem ser os critérios para a prestação de contas das atividades desenvolvidas. Necessidade de tomada de decisão coletiva sobre qual o critério avaliativo deve ser usado para medir resultados da política e dos programas, assim como: quem, com que

freqüência, para quem e através de quais instrumentos a informação sobre a avaliação deve ser disseminada.

- Necessidade de envolver atores sociais relacionados com política sob avaliação na coleta de dados e na sua interpretação. Atores que analisam bancos de dados com os quais eles são mais familiar cria possibilidades de apropriação dos resultados e maior grau de abrangência para os juízos avaliativos produzidos. Pode conferir maior legitimidade à análise de efetividade produzida pela diversidade das perspectivas envolvidas.
- Produzir relatório anual de monitoramento da política com os seguintes componentes analíticos: (1) o que a política/programas está buscando fazer (metas e objetivos); (2) que atividades chaves já foram desenvolvidas (atividades, recursos e funções); (3) que produtos já foram obtidos; (4) como estes produtos tem sido utilizados e por quem (receptores das intervenções); (5) que efeitos têm sido obtidos; (6) se tem havido progresso na direção das metas e objetivos pré-definidos e que fontes de informação podem demonstrar isso; (6) que projetos específicos, estratégias, componentes têm contribuído mais para que se atinjam estes objetivos e quais fontes de informação podem demonstrar isso.
- Encontrar meios eficazes para disseminar e usar a informação obtida. Um problema crônico em promoção da saúde é a falta de evidências claras de sua efetividade. Entretanto, é possível através de acúmulo de evidências de fontes distintas produzir material que mostra que padrões de boa prática foram atingidos e se eles atenderam as expectativas, necessidades e valores de tomadores de decisão. Para tal, o relatório anual de monitoramento da política cumpre dois papéis: (1) para que os atores sociais envolvidos com a política divulguem-no para planejadores, gerentes, administradores, grupos comunitários, conselhos locais, ONGs, media, atores chaves no ministério da saúde, e para o público em geral; (2) e para que os atores sociais envolvidos com a política use a informação nele contida para mudar e aperfeiçoar os seus programas.
- Demonstrar melhoramento contínuo da política através de comprometimento com a qualidade, quantidade e relevância da informação produzida.

Subsídios para um desenho avaliativo

Quando uma política pública é formulada, ninguém sabe, de antemão, quem obtém "o que, quando e como", e qual caminhos ela vai trilhar no seu processo de implementação. Isto se acentua mais, ainda, quando esta política depende de um grande número de atores sociais que atuam em contextos diferenciados e com concepções e interesse variáveis em relação ao objeto da política.

No caso de uma "Política Nacional de Promoção da Saúde" esta variabilidade e dinâmica de contextos, interesses, concepções e práticas se verificam de forma marcante. Isto se impõe ao desenho avaliativo, fazendo com que ele procure adotar metodologias capazes de captar a variabilidade dos interesses e a dinâmica dos contextos.

Uma característica básica da avaliação de uma política pública é que mudanças no seu curso ocorrem durante todo o seu processo de implementação: isto é, o objeto da avaliação é sempre um "alvo em movimento". Nesta perspectiva, o desenho avaliativo deve ser dinâmico e contemplar todos os momentos da política, desde a sua formulação, os passos de sua implementação, até os resultados obtidos e impactos alcançados.

A literatura de avaliação tem denominado este tipo de abordagem como "avaliação em tempo real" (Hamberger, 2001), que contém as seguintes características:

1) É uma forma progressiva de avaliação que acompanha todo o caminho da implementação da política.

2) Identifica, analisa e propõe encaminhamentos para as incertezas e conflitos que ocorrem ao longo da sua implementação.

3) Verifica, periodicamente, objetivos e metas que podem mudar ao longo da implementação da política

4) Atores podem entrar e sair durante todo o processo de implementação e avaliação da política

5) Como a linha de implementação da política não está prevista de antemão, o objeto de avaliação muda com a direção desta implementação.

6- Estratégias e linhas de ação

A I Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Ottawa, em 1986 definiu as principais estratégias promocionais que devem nortear as expectativas por uma nova saúde pública, colocando como pré requisitos para a saúde, condições e recursos fundamentais: a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

A Conferência Internacional de Santafé de Bogotá, realizada em 1992 e que tratou da promoção da saúde na América Latina, reafirma as estratégias sistematizadas a partir de Ottawa e aponta os desafios da construção da promoção da saúde em nossa região, como intimamente relacionada ao enfrentamento da deterioração das condições de vida da maioria da população, que leva a um aumento de riscos para a saúde. Transformar essas relações conciliando interesses econômicos e propósitos sociais de bem estar, num processo de edificação de solidariedade e equidade social seriam objetivos estratégicos de uma política promocional de um país como o Brasil.

A V Conferência Internacional de Promoção do México, realizada em 2000 pactuada pelos países presentes ressaltou que a saúde é um elemento positivo para o desenvolvimento humano e que a promoção da saúde deve ser prioridade fundamental das políticas e programas.

Portanto a tarefa de pensar uma política de promoção da saúde no país e a definição de estratégias, está vinculada ao entendimento que este desenvolvimento conceitual e instrumental coincide com os desafios da sociedade humana moderna que passam por:

- Recolocar o conceito amplo e positivo de saúde, como valor de vida, entendendo que a complexidade de seus determinantes e condicionantes apontam à superação dos interesses econômicos do desenvolvimento e a urgência de refletir alternativas sociais, humanas e éticas desse mesmo desenvolvimento.
- Superar a fragmentação do Estado moderno, admitindo que a construção de políticas e ações intersetoriais passa por um planejamento conjunto e coordenado, em que a administração dos conflitos na discussão dos recursos e do poder, sejam superados pela imposição ética do caráter público dessas mesmas políticas, saudáveis porque objetivam a construção do bem estar social.
- Restabelecer o diálogo entre diferentes culturas, religar saberes

conhecimentos que permitam ampliar a capacidade de entendimento de nossa realidade e nossa intervenção sobre a mesma.

- Ampliar a participação social e comunitária nas decisões de gestão, no acompanhamento e controle das políticas, num processo de consolidação das formas representativas e estimulando os modos diretos de participação, contribuindo para o fortalecimento da cidadania, e aprofundamento da democratização das Instituições e do Estado brasileiro.
- Fortalecer o direito à autonomia que se expressa nas escolhas, no julgamento e nas resoluções de vida e de trabalho das pessoas, das famílias e das comunidades e tem uma dimensão valorativa-afetiva
- Repactuar compromissos em torno da solidariedade, da tolerância, da amorosidade, da esperança, da luta pela igualdade de direitos e pelo direito a diferença.

Objetivos da Política de promoção da saúde

- 1) Atuar para que as condições políticas, econômicas, sociais, culturais, ambientais e de conduta sejam favoráveis à saúde dos indivíduos e de suas comunidades no pressuposto ético de defesa da vida e do desenvolvimento humano.
- 2) Contribuir para reduzir as desigualdades sociais quanto ao acesso às oportunidades para o desenvolvimento máximo do potencial de saúde.
- 3) Qualificar o Sistema Único de Saúde na perspectiva da promoção da saúde como enfoque que permeie suas políticas e ações e favoreça sua sustentabilidade, através da melhor efetividade na abordagem dos problemas de saúde e redirecionamento de recursos.

A atuação sobre estes objetivos se dará pelo estímulo, fortalecimento e consolidação das seguintes estratégias:

1. Gestão intersetorial dos recursos na abordagem dos problemas e potencialidades em saúde, ampliando parcerias e compartilhando soluções na construção de políticas públicas saudáveis

Exemplo | Salvador - Fórum Comunitário de Combate à Violência

Uma experiência bem sucedida de articulação intersetorial está sendo realizada em Salvador, Bahia, desde 1996, no Fórum Comunitário de Combate à Violência criado para enfrentar os graves problemas gerados pelo aumento da violência no município. O Fórum atua na divulgação do tema da violência como problema social que requer a ação articulada de diferentes setores da sociedade; o monitoramento da situação de violência do município; a mobilização social no combate à violência; a intervenção para garantir a elaboração de políticas públicas de prevenção e combate à violência; e o desenvolvimento de experiências de prevenção e combate à violência. Organizações públicas governamentais, empresas privadas, organismos internacionais, entidades religiosas, organizações não governamentais, organizações comunitárias, conselhos municipais e diversas entidades de classe estão reunidas no Fórum. Atualmente são 92 membros, todos com o mesmo poder de representatividade e de decisão.

2. Capacidade de regulação dos Estados e municípios sobre os fatores de proteção e promoção da saúde.

Exemplo | Florianópolis Regulação de cantinas escolares

Uma lei municipal está garantindo a mudança dos hábitos alimentares dos alunos de escolas públicas e privadas de ensino fundamental de Florianópolis, Santa Catarina. A nova lei determina os alimentos que podem ser servidos nas cantinas escolares e aqueles que estão proibidos de serem comercializados.

A lei foi proposta pelo Conselho Municipal de Alimentação Escolar, foi aprovada pela Câmara Municipal e sancionada pela prefeitura. O texto

foi elaborado com base em um levantamento realizado por nutricionistas da Secretaria Municipal de Educação, indicando que os alimentos mais vendidos eram refrigerantes, sucos e salgados, produzidos artificialmente e fritos, alimentos que não fazem parte de um cardápio que estimule hábitos alimentares saudáveis. Esta constatação levou à elaboração de uma lista do que deveria ou não ser oferecido pelas cantinas, obedecendo os padrões de qualidade nutricional necessários às crianças em idade escolar. Foram proibidos bebidas alcóolicas, balas, pirulitos e gomas de mascar, refrigerantes e sucos artificiais, salgadinhos industrializados, salgados fritos e pipocas industrializadas.

3. Reforçar os processos de participação comunitária no diagnóstico dos problemas de saúde e suas soluções, reforçando a formação e consolidação de redes sociais e protetoras.

Exemplo | Boa Vista Projeto Agente Jovem

O estabelecimento de parcerias informais, numa rede de mais de 40 instituições e entidades, para capacitar jovens de 15 a 17 anos, em situação de risco social, a participar de ações sociais desenvolvidas pelo município

Através de cursos e oficinas que duram 300 horas, o projeto capacita os jovens para melhorar a qualidade de vida em suas comunidades. Cada agente recebe uma bolsa auxílio de R\$65 mensais para que realizem o trabalho e devem freqüentar regularmente a escola. O treinamento é feito por monitores, também treinados, que recebem R\$200 mensais, para capacitar os jovens e acompanhar seu desempenho na escola e a relação familiar e na comunidade. Divididos em grupos, os jovens atuam nas áreas de saúde, cidadania, meio ambiente, esporte e lazer. A maioria tem feito opção de trabalhar na área da saúde e, utilizando sua própria linguagem, os agentes transmitem à comunidade noções sobre bons hábitos de saúde, sobre DST e aids, os riscos do envolvimento com drogas, iniciação sexual, os

riscos da violência doméstica e na comunidade. Todo o trabalho é feito através de conversas diretas com os moradores ou com apresentações de música, teatro e dança. A criatividade dos integrantes do grupo é sempre estimulada e cada nova possibilidade é incentivada pelos coordenadores. Os agentes são formados e atuam nos próprios bairros ou comunidades onde moram e em períodos de grandes campanhas de saúde eles ocupam praças e escolas para fazerem suas apresentações ou ministrarem palestras.

4. Promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, com ênfase no estímulo a alimentação saudável, atividade física, comportamentos seguros e combate ao tabagismo.

Exemplo | Agita Paraná e Amigos da Vida Paraná

Dois programas coordenados pela Secretaria Estadual de Saúde do Paraná estão mobilizando a população dos 399 municípios daquele Estado num processo de mudança de hábitos que tem por objetivo a construção de estilos de vida mais saudáveis. Foram integrados o "Agita Paraná", programa que tem o objetivo de estimular novos padrões de cuidado com o corpo e a nutrição; e o "Amigos da Vida", que além dos aspectos contemplados pelo Agita visa também a prevenção de acidentes no trânsito e em grupos específicos como crianças e idosos.

A população é estimulada, através de um curso e de atividades e eventos públicos, a considerar os exercícios físicos como hábito para manter a saúde, e a superar crenças errôneas de que "doentes" diabéticos, hipertensos, cardíacos ou mesmo deficientes físicos não podem se exercitar. Da mesma forma, são divulgadas informações sobre a importância de manter bons hábitos alimentares para preservar a saúde. Os participantes também aprendem sobre cuidados com idosos e crianças, ou seja, como manter a casa segura e evitar acidentes domésticos que, muitas vezes, podem ser fatais.

O curso para multiplicadores pode ser feito por qualquer pessoa e tem duração de dois dias, nos quais os participantes aprendem, na teoria e na prática, como podem ter mais saúde e evitar acidentes mudando pequenos hábitos. O trabalho foi iniciado em abril deste ano e, em seis meses, 3.500 pessoas já foram formadas em todo o Estado em universidades, órgãos públicos, escolas, empresas, shoppings, associações de bairros. Outras 2.000 estarão participando dos cursos até o final deste ano e a lista de inscritos, para os cursos que serão promovidos no próximo ano também já chega a 2.000 pessoas, somente em Curitiba.

Exemplo | Projeto "Com Gosto de Saúde - Rio de Janeiro

As 1.033 escolas da rede pública municipal do Rio de Janeiro, que atendem a 75% da população em idade escolar para o ensino fundamental - são 750 mil alunos -, estão desenvolvendo o projeto Com Gosto de Saúde, que enfoca a alimentação e nutrição como componente fundamental da promoção da saúde. O projeto, lançado em fevereiro de 2000, foi criado e é mantido pelo Instituto de Nutrição Annes Dias, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

O "Com Gosto de Saúde" produz e disponibiliza para a rede escolar materiais educativos - vídeo, jogos e textos - que subsidiam educadores para desenvolverem atividades pedagógicas sobre saúde e nutrição no cotidiano escolar; promovem a saúde da comunidade escolar divulgando hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis e valorizam a dimensão educativa do Programa de Alimentação Escolar. Os materiais também auxiliam profissionais de saúde da rede municipal na abordagem sobre alimentação saudável, facilitando a integração local entre unidade de saúde e escola.

A proposta é que os alunos assistam ao vídeo e, em seguida, o educador selecione atividades que motivem a discussão do tema e a sistematização das mensagens abordadas no vídeo. Os materiais podem, a princípio, ser utilizados em todas as séries do ensino fundamental e em todas as diferentes matérias da grade escolar. Cabe ao professor fazer as adaptações necessárias.

Oito temas fazem parte do Com Gosto de Saúde: alimentação e cultura, alimentação saudável, aleitamento materno, obesidade e desnutrição, atividade física, segurança alimentar e nutricional, alimentação na escola e cuidados com o corpo e o ambiente.

5. Promoção de ambientes seguros e saudáveis, com ênfase no trabalho com escolas e comunidades.

Exemplo | Rio de Janeiro Escolas Promotoras de Saúde

Estabelecimentos de ensino da rede pública municipal do Rio de Janeiro localizados em bolsões de pobreza estão articulados, desde 2000, numa rede de "Escolas Promotoras de Saúde", projeto que desenvolve estratégias para qualificar a vida da comunidade escolar e combater a violência.

A experiência foi iniciada em 1998, com o título "Nessa escola eu fico" abrangendo 11 mil crianças de 19 escolas, num processo de valorização do cotidiano escolar. Um levantamento que subsidiou a elaboração do projeto apontou como principal problema nestas comunidades escolares a violência entre os próprios alunos, na sala de aula, reflexo da convivência com a violência em casa ou no bairro. A partir da implantação do projeto, os alunos passaram a ficar na escola em horário integral e os professores foram treinados para

desenvolver atividades que estimulassem as relações de afeto, o diálogo, a interação e a valorização de si e do outro, visando à melhoria das relações interpessoais. Da mesma forma, foram incluídas nas atividades de classe e extra-classe questões de saúde como prevenção de DST e Aids, uso de drogas, álcool e tabaco, gravidez precoce e nutrição. As ferramentas de trabalho com os alunos são a música, a pintura, a dança, o teatro, o desenho e a expressão corporal.

Muitos dos alunos atendidos inicialmente hoje fazem parte de núcleos de adolescentes multiplicadores que reproduzem em suas comunidades o aprendizado recebido na escola.

Exemplo | Belo Horizonte Projeto Manuelzão

Saúde, meio ambiente e cidadania são os principais temas do projeto Manuelzão, coordenado pela faculdade de medicina da UFMG, que mobiliza milhares de pessoas, desde 1997, em Minas Gerais, na luta pela preservação do Rio das Velhas e, conseqüentemente, pela qualidade de vida de 4 milhões de habitantes. O rio é a principal fonte de abastecimento de água de Belo Horizonte, da região metropolitana da capital mineira e de outros 51 municípios.

O projeto foi desenvolvido prioritariamente para revitalizar a bacia hidrográfica do Rio das Velhas, fazendo com que os peixes voltassem às suas águas, mas outros objetivos foram agregados para garantir uma ação que articulasse a preservação ambiental com o resgate da cidadania.

O maior e mais visível agravo que atingia o rio era o esgoto doméstico e industrial e o lixo, lançados indiscriminadamente

ao longo de toda a margem do leito principal e de todos os seus afluentes. Para combater este problema, o saneamento básico foi escolhido como prioridade e, por isso, o envolvimento da comunidade, em cada município de grande ou pequeno porte, tornou-se tão importante. Atualmente, a população se organiza em comitês que elaboram um Plano de Ação, definindo o que pode ser feito para solucionar os problemas que resultam em poluição do rio. O plano é elaborado e cumprido pela prefeitura e pela comunidade, que participa na definição das atividades. Os comitês se reúnem uma vez por mês para avaliação.

Conscientizar políticos e empresários foi outra tarefa. As denúncias contra os abusos foram substituídas por debates, nos quais esses grupos eram informados detalhadamente sobre os riscos de permitir que a principal fonte de abastecimento de água da região fosse degradada. Atualmente, a maioria das prefeituras e empresas da região se tornaram parceiras na preservação. O desmatamento é outro problema grave que prejudica o rio e a intervenção tem sido principalmente na legislação, para garantir uma coibição rigorosa.

Exemplo | Programa FelizCidade - Goiânia

Uma ampla rede de atenção e proteção social, voltada para grupos da população que se encontram em situação de exclusão, está funcionando em Goiânia, Goiás, desde março de 2001, com a criação do programa FelizCidade,

O FelizCidade se organiza em três subprogramas que têm como foco os ciclos de vida que envolvem toda a família. O Nascer Feliz atende à gestante, à nutriz e à criança em sua primeira infância, até os cinco anos de idade, e tem como compromissos principais: assegurar o acompanhamento pré-natal e o parto humanizado às

mães, aos pais, familiares e seus recém-nascidos; promover a atenção à primeira infância com a garantia de vagas em creches; promover a redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos; e assegurar o direito ao atendimento e o acesso à educação pré-escolar. O Crescer Feliz atende as crianças a partir dos seis anos e as acompanha até os 19 anos, ou seja, da primeira infância ao primeiro emprego, tendo como compromissos principais: garantir acesso à escola, com a criação da Bolsa Crescer Feliz para as famílias mais pobres; garantir educação para os portadores de necessidades especiais; garantir acesso à cultura, resgatando e valorizando as raízes das crianças e adolescente; oferecer oportunidade de desenvolvimento integral por meio da prática de esporte e lazer; proteger a criança e/ou adolescente de situações de risco pessoal e social e promover o protagonismo juvenil. Os adultos são o foco no caso do Viver Feliz que desenvolve programas de construção de qualidade de vida e cidadania, visando à emancipação cidadã e financeira dos núcleos familiares atendidos pelo programa. Os compromissos são: assegurar aos jovens acesso ao primeiro emprego; oferecer às famílias oportunidades, serviços e meios para o enfrentamento da exclusão social; disponibilizar serviços públicos básicos como água potável, tratamento de esgoto e coleta de lixo; assegurar condições de moradia digna; garantir acesso à serviços de saúde e assegurar às famílias acesso à cultura e ao lazer.

6. Reforço à reorientação das práticas dos serviços dentro do conceito positivo de saúde, atenção integral e qualidade, tendo a promoção como enfoque transversal das políticas programas, projetos e ações, com prioridade para a atenção básica e o Programa de Saúde da Família.

7. Reorientação do cuidado na perspectiva do respeito a autonomia, a cultura, numa interação do cuidar/ser cuidado, ensinar/aprender, aberto a incorporação de outras práticas e racionalidades.

Exemplo | São Paulo - Medicina Tradicional Chinesa

Práticas de Medicina Tradicional Chinesa estão sendo implantadas na rede municipal de saúde de São Paulo. Nos 13 pólos que já funcionam em todas as regiões da cidade, tanto médicos quanto funcionários do sistema, inclusive agentes comunitários do Programa Saúde da Família e usuários, estão recebendo treinamento para desenvolverem práticas corporais como Tai Chi Chuan e Lian Gong, massagens terapêuticas como Tui Ná e Suo Chi e meditação. A prática da acupuntura está sendo desenvolvida especificamente por médicos e dentistas.

Essas práticas já foram integradas ao sistema e estão disponibilizadas para usuários de todas as faixas etárias. Os médicos avaliam os casos que chegam a qualquer das unidades - hospitais, ambulatorios, centros de referência, pronto socorros e unidades básicas - e, além de fazer as prescrições de acordo com a medicina tradicional, verificam a possibilidade de encaminhar o paciente para o atendimento nos moldes da Medicina Tradicional Chinesa. As pessoas encaminhadas para terapias baseada na medicina chinesa se tornam alunas dos diversos cursos oferecidos e, além dos benefícios para seu próprio tratamento, elas podem usar os conhecimentos adquiridos para se tornarem monitores de novas turmas, num trabalho multiplicador voluntário que pode ser realizado em sua comunidade.

As técnicas têm sido utilizadas principalmente em casos crônicos de hipertensão, diabetes, depressão, insônia ou de dor, nos quais o resultado das novas atividades garante a redução de até dois terços da medicação tradicional. Casos de problemas respiratórios em crianças e adultos, dores de cabeça, tensão muscular, torcicolos e muitas outros problemas de saúde também têm tido seus sintomas aliviados ou curados com as práticas da medicina chinesa.

A operacionalização dessas estratégias poderão se desenvolver a partir dos seguintes eixos de atuação:

Mobilização de recursos da gestão para:

- Estabelecer parcerias intersetoriais, especialmente nos setores educação, agricultura, trabalho, esporte e o poder legislativo local de modo a fomentar o estabelecimento de políticas públicas saudáveis em âmbito Estadual e municipal;
- Estabelecer parcerias com entidades e instituições não governamentais, tanto do setor produtivo como da sociedade civil, visando à co-responsabilização na promoção da saúde. Incentivar a participação comunitária nas decisões da gestão reforçando o papel do controle social;
- Monitorar políticas setoriais que tenham reflexo na saúde das populações (ex.: impacto ambiental na instalação de indústrias);
- Elaborar regulações e normas que objetivem a proteção e promoção da saúde das populações (ex.: rotulação dos alimentos).

Mobilização de recursos individuais e comunitários para:

- Estimular a autonomia dos indivíduos e comunidades com o objetivo de fortalecer fatores promotores e protetores de saúde e o enfrentamento cotidiano dos agravos e doenças;
- Estimular à associatividade (as evidências mostram que a participação em grupos exerce um fator protetor para a saúde, principalmente dos transtornos mentais);
- Estimular a participação de associações, organizações e entidades no desenvolvimento de ações de promoção da saúde (associações que promovem o aleitamento materno, que estimulam sexo seguro).
- Estimular a criação e o fortalecimento de redes sociais e de apoio (rede de

organizações governamentais que trabalham a prevenção de violência intra-familiar)

- Estimular a criação e o fortalecimento de ambientes seguros e acolhedores (ex.: movimento por escolas, empresas, bairros, cidades saudáveis).

Estratégias de comunicação e educação para a promoção da saúde, visando à:

- Sensibilização e capacitação de lideranças e formadores de opinião.
- Estabelecer parcerias com a mídia em torno da promoção da saúde
- Sistematização, consolidação e divulgação de informações e evidências em promoção da saúde;
- Realização de campanhas de comunicação social e apoio a iniciativas comunitárias de comunicação.

Capacitação e qualificação de profissionais e gestores nos conteúdos da promoção da saúde e em sua instrumentalização, lembrando que a promoção da saúde deve ser um enfoque transversal nas capacitações, treinamentos e cursos.

7- Inquérito Nacional sobre Promoção da Saúde

O Ministério da Saúde através de sua Secretária de Políticas de Saúde, em cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde está realizando em nível nacional um inquérito para avaliar a percepção dos tomadores de decisão (prefeitos e secretários municipais da saúde) sobre as ações de promoção da saúde em desenvolvimento nos municípios, suas perspectivas e necessidades. Este inquérito servirá para apoiar o desenvolvimento da política nacional, e funcionará como uma linha de base para seu monitoramento e avaliação. Tem caráter censitário já que participarão todos os municípios brasileiros e apontará caminhos para o conhecimento das possibilidades de uma política pública em promoção da saúde no Brasil.

8- Propostas para discussão

Para a construção da política de promoção da saúde persistem desafios que superem a fragmentação das políticas públicas e a necessidades de regulações específicas: Neste sentido, propõe-se:

■ Inclusão da promoção da saúde na agenda política nacional e como tema prioritário na agenda setorial, sendo debatida e aprofundada no Conselho Nacional de Saúde, Comissão Intergestora Tripartite, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Conselhos Nacionais de Secretários Municipais de Saúde.

■ Aprofundamento do debate dos problemas relacionados com a saúde de forma intersetorial, de forma a potencializar ações e recursos;

■ Constituição de uma Comissão Nacional de Promoção da Saúde, que tenha como atribuições identificar os problemas prioritários e as potencialidades, definir estratégias de integração e implementação das políticas de promoção da saúde;

■ Incentivo específico, pactuado nos níveis de gestão e controle social do Sistema Único de Saúde, para os municípios desenvolverem estratégias, ações e atividades de promoção da saúde.



Referências bibliográficas

- Boff, Leonardo (2000). Princípio de compaixão e cuidado. 2a. ed. Petrópolis: Editora Vozes.
- Brasil. (1988) Constituição Federal.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001) Promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. 2a. ed. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2000) Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2002) - Vamos Promover Nossa Saúde?
- Caponi, Sandra (2000) Da compaixão à solidariedade. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Definição de Saúde. Escola de Educação e Cultura Andina. Bolívar, Equador. OPS. Situação de Saúde nas Américas.
- Freire, Paulo (2002) Pedagogia da Autonomia, Paz e Terra.
- Hamberger, A (2001). What is the policy problem? Methodological Challenges in Policy Evaluation. Evaluation 7(1): 45-62.
- International Union for Health Promotion (2000), The Evidence of Health Promotion Effectiveness, Ed. Jouve Composition & Impression, Paris-France.
- McQueen, D.V. e Springett, J. (2001). Policies and systems: introduction In: Rootman, I. et al (ed) Evaluation and Health Promotion: principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No 92.
- Morin, Edgar (2001) A Religação dos Sabere, Ed. Bertran Brasil
- Paim, Jairnilson Silva (2002) Saúde, política e reforma sanitária. Salvador: ISC.
- Rose, Geoffrey, (1985) Publ. Int. J. Epidemiol.
- Reis, Joaquim Cruz (1989). O sorriso de Hipócrates. Lisboa: Editora Veja.

- Santos, Boaventura Sousa (1998) Reinventar a Democracia. Lisboa: Gradiva Publicações.
- Santos, Boaventura Sousa (2000) A crítica da razão indolente, contra o desperdício da experiência, São Paulo: Cortez Editores . - Santos, Boaventura Sousa (2002) Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira
- Santos, Milton (2002) O Espaço do Cidadão, Ed. Nobel
- USP. Faculdade de Saúde Pública. (1999) Saúde e Sociedade: saúde na cidade. São Paulo: jan/fev 8(1).
- Warren, R.; Rootman, I, e Wilson, R. (2001). Evaluation of countrywide health promotion policies: the canadian experience In: In: Rootman, I. et al (ed) Evaluation and Health Promotion: principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No 92.



EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Impressão e acabamento)
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP 71200-040
Telefones: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Brasília – DF, novembro de 2002
OS 1141/2002