

# CURSO DE EXTENSÃO



PARA GESTORES DO  
SUS EM PROMOÇÃO  
DA SAÚDE



**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO EM SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA**

**CURSO DE EXTENSÃO PARA GESTORES  
DO SUS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**



**Ministério  
da Saúde**



Brasília  
2010



## **Ministério da Saúde**

### **Ministro da Saúde**

José Gomes Temporão

### **Secretário de Vigilância em Saúde**

Gerson de Oliveira Penna

### **Diretor do Departamento de Análise de Situação da Saúde**

Otaliba Libânio de Moraes Neto

### **Coordenadora da Coordenação de Doenças e Agravos não Transmissíveis**

Deborah Carvalho Malta

### **Organização**

Adriana Miranda de Castro  
Cristiane Scolari Gosch  
Danielle Keylla Alencar Cruz  
Deborah Carvalho Malta  
Denise Bomtempo Birche de Carvalho  
Elisabeth Carmen Duarte  
Leila Posenato Garcia  
Otaliba Libânio de Moraes Neto

## **Universidade de Brasília**

### **Reitor**

José Geraldo de Sousa Junior

### **Vice-reitor**

João Batista de Santos

### **Decano de Extensão**

Welligton Almeida

## **CEAD/UnB**

### **Diretor**

Athail Rangel Pulino Filho

### **Coordenadora do curso**

Denise Bomtempo Birche de Carvalho

### **Equipe**

Fernando de Castro  
Néia Cardoso  
Leandro Barbosa  
Rossana Beraldo  
Sandra Dutra  
Thiago Lopes de Santos

### **Colaboradoras**

Ana Paula de Melo  
Greici Cristhina Justino

### **Revisoras**

Daniele Rosa  
Marcela Passos

### **Editores e diagramação**

Carla Clen

Todos direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

Tiragem: 1ª edição – 2010 – 1.000 exemplares.

C977c

Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde / Adriana Miranda de Castro ... [et al.] ; organizadores, Cristiane Scolari Gosch ... [et. al.]. – Brasília : CEAD/ FUB, 2010.

164 p.

ISBN: 978-85-7804-041-3

1. Histórico do paradigma da promoção da Saúde. 2. Determinantes Sociais da Saúde. 3. Planejamento e avaliação em promoção da saúde do SUS. Ministério da Saúde.

CDU 614



## **Autores**

Adriana Miranda de Castro

Ana Maria G. Sperandio

Cristiane Scolari Gosch

Dais Gonçalves Rocha

Danielle Keylla Alencar Cruz

Deborah Carvalho Malta

Geórgia Maria de Albuquerque

Lenira Zancan

Márcia Westphal

Otaliba Libânio de Moraes Neto

Paulo Renato Flores Durán

Ronice Franco de Sá

Rosilda Mendes

Simone Tetu Moysés

Willer Marcondes





## Apresentação

Desde 2006, o Ministério da Saúde tem investido na concretização da perspectiva ampliada de saúde, que define o Sistema Único da Saúde (SUS) e está apresentada claramente na Constituição Federal de 1988. Por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e sua integração com os diversos instrumentos de gestão, a Promoção da Saúde assume essa perspectiva e constitui-se como ferramenta importante no planejamento das agendas locais.

A necessidade de uma ação que pudesse apoiar a tarefa de planejar e avaliar iniciativas promotoras da saúde nas diversas regiões desencadeou-se a partir do processo de mobilização dos gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal, da disponibilização de financiamento e da construção de uma série de espaços coletivos de reflexão e fortalecimento da perspectiva da Promoção da Saúde.

A parceria com a Universidade de Brasília (UnB) e com pesquisadores da área de promoção da saúde no Brasil para a realização do presente curso de extensão para gestores e profissionais do SUS objetiva, justamente, iniciar um processo sistemático de formação, que coloque em análise os modos de produção de saúde e amplie a organização de estratégias intersetoriais, integradas e participativas de gestão em saúde.

Espera-se que os conteúdos apresentados auxiliem a tarefa e o compromisso cotidiano das equipes de saúde, a fim de que se tornem multiplicadoras de conceitos e estratégias da promoção da saúde, solidificando a aposta do SUS na melhoria de determinantes sociais da saúde para garantir a qualidade de vida de todos nós, cidadãos brasileiros.

Bom curso!

José Gomes Temporão  
**Ministro da Saúde**

# Sumário

## MÓDULO 1 ..... 11

### Promoção da Saúde: o histórico do paradigma e a construção da proposta brasileira no SUS ..... 11

1	Histórico do Paradigma da Promoção da Saúde.....	13
2	Promoção da Saúde na perspectiva socioambiental e participativa: contribuição das conferências internacionais .....	16
3	Institucionalização da Promoção da Saúde no SUS.....	24
3.1	Acúmulo conceitual e reconhecimento institucional: a década de 1990.....	24
3.2	Construção da Política Nacional de Promoção da Saúde e seus primeiros passos ...	26
	REFERÊNCIAS – Módulo 1.....	31

## MÓDULO 2 ..... 35

### Determinantes Sociais da Saúde e Promoção da Saúde: fundamentos e estratégias de gestão do processo de trabalho no SUS ..... 35

1	Determinantes Sociais da Saúde .....	37
2	Fundamentos para a prática da Promoção da Saúde .....	44
2.1	Equidade.....	44
2.2	Autonomia.....	45
2.3	Território.....	46
2.4	Participação social .....	48
2.5	Integralidade .....	49
2.6	Intersetorialidade .....	51
2.7	Redes sociais.....	52
2.8	Sustentabilidade.....	53

3	Processo de trabalho no SUS para produzir saúde: o olhar da Promoção da Saúde .....	55
3.1	Instrumentos formais de gestão .....	55
3.2	Rede Integrada de Atenção à Saúde: organizando o processo de trabalho .....	57
4	As interfaces da Promoção da Saúde nas políticas estratégicas do SUS: um convite à intersectorialidade das ações locais.....	65
	REFERÊNCIAS – Módulo 2.....	68

## **MÓDULO 3** ..... 73

### **Planejamento em Promoção da Saúde no SUS**..... 73

1	Conhecendo o Planejamento .....	75
1.1	Breve histórico sobre planejamento em saúde .....	76
2	Método de planejamento em saúde.....	79
3	Passos de planejamento em saúde .....	80
	REFERÊNCIAS – Módulo 3.....	102

## **ANEXOS**..... 105

### **POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE** ..... 105

#### Ícones organizadores



Internet



Saiba Mais



Atenção



Biblioteca





# MÓDULO 1

Promoção da Saúde: o histórico do paradigma e a construção da proposta brasileira no SUS



Objetivo: apresentar a construção histórica da promoção da saúde como campo da saúde coletiva no cenário internacional e nacional.



## 1 Histórico do Paradigma da Promoção da Saúde

Neste primeiro tópico do curso, comentaremos fatos de alguns períodos da história, importantes para o entendimento da organização da saúde e da doença como práticas sociais, que esclarecerão o papel que a Promoção da Saúde exerce hoje, colaborando para a plena realização dos ideais do Sistema Único de Saúde (SUS).

A relação entre saúde e condições gerais de vida das populações foi constatada e explicitada na própria origem da medicina moderna. Especialmente no final do século XVIII e na primeira metade do século XIX, o processo de urbanização e industrialização na Europa provocou grandes transformações sociais: a deterioração das condições de vida e de trabalho nas cidades se fez acompanhar de um aumento da ocorrência de epidemias. Os médicos envolvidos com o intenso movimento social que emergiu nesse período, ao relacionarem a doença com o ambiente, articulavam-no também às relações sociais que o produziam. A medicina fundia-se à política e expandia-se em direção ao espaço social, como literalmente expressou Virchow na célebre frase citada por Rosen (1979, p. 80): “A medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em grande escala”. As ocorrências das doenças foram então associadas às condições de existência e às formas de vida dos sujeitos, tornando-se efeitos de processos históricos.

Esse pensamento identificava-se na época com a perspectiva anticontagionista, que atribuía a doença a um desequilíbrio do conjunto de circunstâncias que interferem na vida de um sujeito ou de uma população, constituindo uma predisposição favorável ao surgimento de doenças. O movimento contagionista, ao contrário, enfatizava a necessidade de precisar uma causa específica como origem da doença, o que na época era considerado conservador e ultrapassado (ACKERKNECHT, 1948).

Porém, o movimento contagionista tornou-se de certa forma vitorioso quando ganhou uma qualidade distinta com o surgimento da teoria dos germes (CZERESNIA, 1997). As doenças passaram, então, a serem compreendidas como a relação entre agente etiológico, alterações fisiopatológicas e um conjunto de sinais e sintomas. A explicação microbiológica para a causa das enfermidades forneceu à medicina a condição de interferir no curso das doenças transmissíveis, que eram o principal problema de saúde pública (NUNES, 1998). O doente e o seu ambiente passaram para um plano secundário e estabeleceu-se uma relação de causa e efeito entre germe e doença. A preocupação principal do médico tornou-se a doença, e não o paciente (ROSEN, 1979).

O conflito entre aqueles que propunham prioritariamente causas e intervenções gerais – por exemplo, sobre a fome e a miséria – e os que buscavam prioritariamente causas e intervenções específicas continuou existindo. Mckeown (1979), por exemplo, demonstrou que a redução da mortalidade na Inglaterra depois de 1840 foi, em escala muito maior, devida ao desenvolvimento econômico, a uma melhor nutrição e outras mudanças favoráveis no nível de vida do que às intervenções específicas da medicina.

No entanto, a poderosa influência da bacteriologia no desenvolvimento da medicina interferiu para o privilégio de intervenções específicas, individualizadas, de cunho predominantemente biológico, centradas no hospital, com progressiva especialização e incor-

poração indiscriminada da tecnologia. Consolidou-se a posição privilegiada da medicina e dos médicos na definição dos problemas de saúde e na escolha das ações necessárias ao controle, tratamento e prevenção das doenças (TORRES; CZERESNIA, 2003).

O movimento da medicina preventiva surgiu entre o período de 1920 e 1950 na Inglaterra, EUA e Canadá, em um contexto de crítica à medicina curativa. Esse movimento propôs uma mudança da prática médica por meio da reforma no ensino médico, buscava a formação de profissionais médicos com uma nova atitude nas relações com os órgãos de atenção à saúde; ressaltava a responsabilidade dos médicos com a Promoção da Saúde e a prevenção de doenças; introduzia a epidemiologia dos fatores de risco e privilegiava a estatística como critério científico de causalidade (AROUCA, 2003; TORRES, 2002).

Segundo Arouca (2003), o discurso da medicina preventiva emergiu em um campo formado por três vertentes: a higiene, que surgiu no século XIX; a discussão dos custos da assistência médica e a redefinição das responsabilidades médicas, que aparece no interior da educação médica.

O termo Promoção da Saúde foi utilizado pela primeira vez por Sigerist, historiador da medicina, quando, em 1945, ele definiu quatro funções da medicina: Promoção da Saúde, prevenção da doença, restauração do doente e reabilitação (TERRIS, 1996). Era o movimento da medicina preventiva que começava a surgir entre os períodos de 1920 a 1950, em um contexto de crítica à medicina curativa (WESTPHAL, 2006).

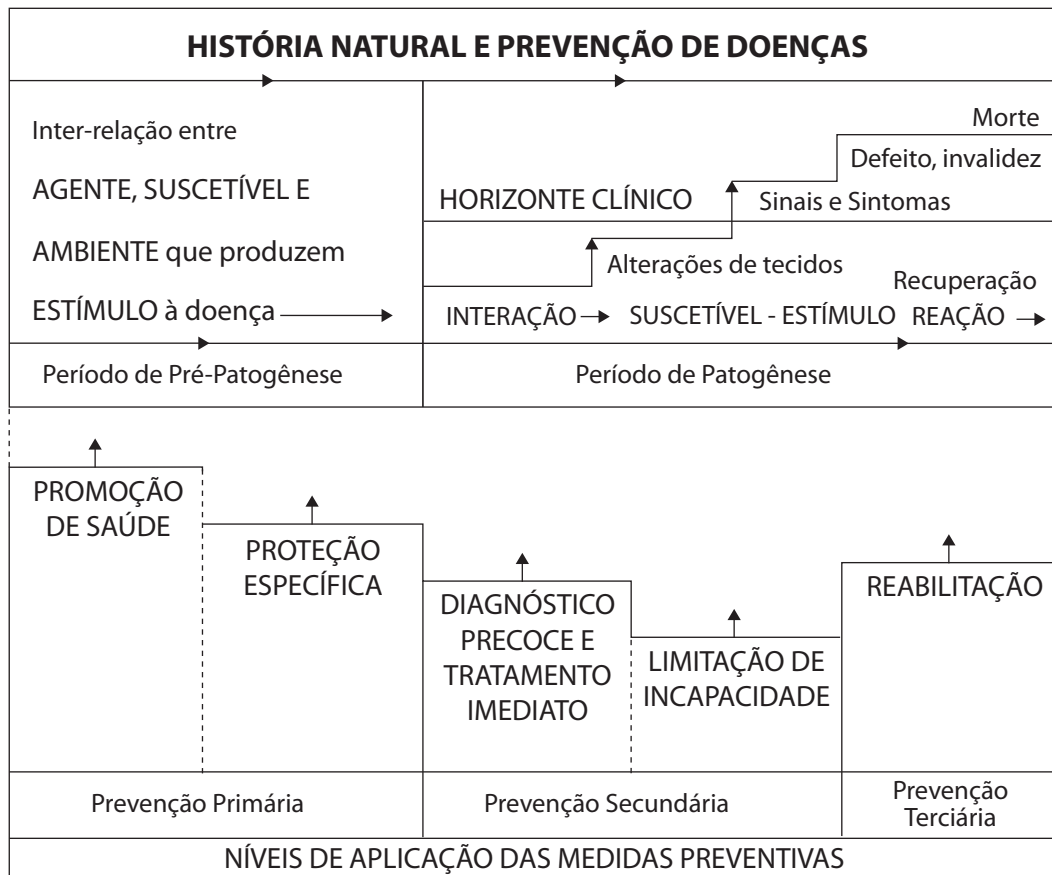
A base conceitual do movimento da medicina preventiva foi sistematizada no livro de Leavell e Clark, *Medicina Preventiva* (1976), cuja primeira edição foi publicada em 1958. Esses autores discutem três conceitos importantes no campo da medicina preventiva:

- A “tríade ecológica”, que define o modelo de causalidade das doenças a partir das relações entre agente, hospedeiro e meio ambiente.
- O conceito de história natural das doenças, definido como “todas as inter-relações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar (pré-patogênese), passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte (patogênese)” (LEAVELL; CLARK, 1976).
- O conceito de prevenção, definido como “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (LEAVELL; CLARK, 1976). A prevenção apresenta-se em três fases: primária, secundária e terciária. A prevenção primária é a realizada no período de pré-patogênese. O conceito de Promoção da Saúde aparece como um dos níveis da prevenção primária, definido como um conjunto de ações que desenvolveriam uma saúde “ótima”. Um segundo nível da prevenção primária seria a proteção específica, com foco na criação de barreiras que impedissem o contato com agentes contaminados do meio ambiente e exterminassem agen-



tes patológicos. A fase da prevenção secundária também se apresenta em dois níveis: no primeiro, o diagnóstico e o tratamento precoce, e no segundo, a limitação da invalidez. Por fim, a prevenção terciária, que diz respeito a ações de reabilitação (LEAVELL; CLARK, 1976). No quadro 1, abaixo, você encontra um esquema para compreender melhor o modelo de intervenção em saúde desenvolvido por Leavell e Clark.

**Quadro 1 – Esquema da história natural das doenças segundo Leavell e Clark**



Fonte: Leavel; Clark, 1976

O modelo explicativo e as ações propostas por Leavell e Clark significaram um grande avanço na década de 1960, uma vez que olhavam a doença numa perspectiva multicausal e processual.

Esses autores chamaram a atenção dos profissionais da saúde sobre o potencial das ações sobre o ambiente e sobre os estilos de vida na prevenção de doenças. Inovaram também na proposição de medidas preventivas, incluindo ações educativas, comunicacionais e ambientais às já existentes – como as laboratoriais, clínicas e terapêuticas – como complementação e reforço da estratégia. As ações sugeridas por Leavell e Clark para a Promoção da Saúde privilegiavam ações educativas normativas voltadas para sujeitos, famílias e grupos (BUSS, 2003).

O ideário da medicina preventiva acabou por produzir uma redução dos aspectos sociais do processo saúde e doença, naturalizando-os ao construir modelos explicativos a-históricos do adoecer humano (AROUCA, 2003). Sem dúvida, as ações de Promoção da

Saúde, apresentadas como componente da prevenção primária, estão longe da profunda relação entre saúde e sociedade analisada pela medicina social no século XIX. No entanto, é importante observar que a concepção de Leavell e Clark, no Brasil, incorporou-se ao discurso da Medicina Comunitária e orientou o estabelecimento de níveis de atenção nos sistemas e serviços de saúde que vigoram até hoje.



Para entender melhor o modelo de Leavell e Clark você pode procurar as seguintes referências:

ROUQUAYROL, M. Z. et al. *Epidemiologia e Saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1988.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1976.

## 2 Promoção da Saúde na perspectiva socioambiental e participativa: contribuição das conferências internacionais

Nas décadas de 1970 e 1980, quase todos os países do continente europeu e da América do Norte enfrentavam a crise do Estado de Bem-Estar Social, em função do esgotamento dos recursos dos Estados e da incapacidade de atenderem às necessidades de toda população, que demandava por benefícios e auxílios. Os perfis demográficos e de saúde desses países se modificaram, tornando impossível ao Estado, sozinho, dar conta da assistência médica necessária a toda população, dos salários aos desempregados e de outros auxílios estabelecidos por lei (WESTPHAL; ZIGLIO, 1999; WESTPHAL, 2007).

Ficou mais evidente para as autoridades sanitárias desses países o reconhecimento da influência de outras condições determinantes da saúde e da qualidade de vida, além da assistência à saúde, quais sejam: as políticas globais, nacionais e locais; as mudanças sociais; as diferenças culturais, étnicas e até religiosas.

Nessa direção, a saúde e a doença não se refeririam mais ao meio ambiente nem ao sujeito nem à ação de um sobre o outro isoladamente, mas a uma complexa rede de inter-relações e interdependências em que não se poderia precisar uma origem última ou uma causalidade linear.

É dentro dessa lógica da complexidade que, em 1973, Laframboise formulou o modelo de *campo de saúde*, segundo o qual a saúde é determinada por múltiplas variáveis que podem ser agrupadas em quatro categorias denominadas **determinantes de saúde** (CARVALHO, 1996; BUSS et al., 2000; CASTRO, 2003):

- Determinante biológico refere-se a toda manifestação relativa à saúde física ou mental que ocorra em decorrência do organismo individual – herança genética, processo de crescimento e envelhecimento e os diferentes sistemas internos complexos.
- Ambiente remete aos fatores externos ao corpo humano, que estão além do controle pessoal como, por exemplo, a qualidade do ar que se respira ou a pureza dos alimentos que se consome.

- Estilo de vida é o conjunto das condições envolvidas nas decisões que o sujeito adota no que diz respeito à sua própria saúde, estando sob seu controle. São os ditos riscos autocriados, relativos aos hábitos, normas, valores, nível de escolaridade e consciência que condicionarão a saúde individual.
- Determinante serviço de saúde refere-se à disponibilidade, quantidade e qualidade de recursos (bens e serviços) reservados aos cuidados em saúde e da forma como estes são dispostos nas ações de prevenção, cura e recuperação do estado de bem-estar.

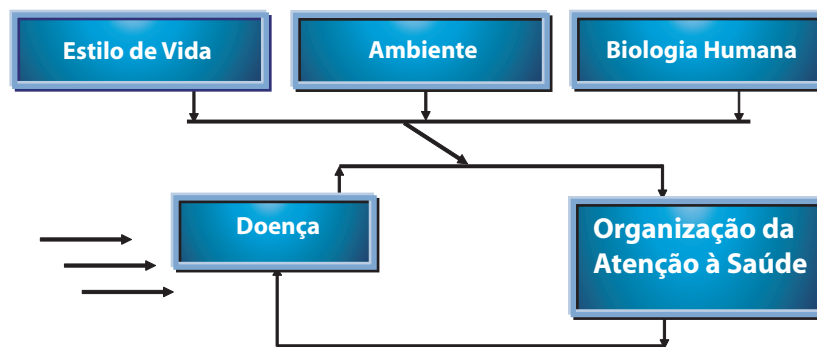
Esse modelo será a base da reformulação das políticas de saúde canadenses, as quais influenciarão mudanças neste setor em vários outros países. Em 1974, a divulgação do documento “*A New Perspective on the Health of Canadians*” pelo governo canadense inaugura o aparecimento de uma nova forma de definir as prioridades na produção de saúde, a partir da adoção do conceito de *campo de saúde* e da constituição Movimento de Promoção à Saúde no Canadá (CARVALHO, 2002; CASTRO, 2003).

A motivação central desse documento, mais conhecido como Informe Lalonde (nome do ministro da saúde canadense quando da sua elaboração), era econômica, política e técnica, pois se tentava encontrar um caminho para enfrentar o progressivo aumento dos custos com assistência médica e os seus resultados pouco eficazes (BUSS et al., 2000).

O Informe pôs em xeque os investimentos realizados em tecnologia de assistência à saúde pelos governos anteriores, a partir dos resultados em termos de melhoria de indicadores de saúde. Também destacou resultados de investigações sobre a causalidade do processo saúde-doença no seu país, que revelaram que os estilos de vida e ambiente eram responsáveis por 80% das causas das doenças e que não estava havendo investimento no controle dessas causas (ASHTON, 1993; OPAS, 1996; RESTREPO, 2001). Além disso, o Informe defende que, diante do envelhecimento populacional, queda da morbimortalidade por doenças infecciosas e elevação dos casos de patologias crônico-degenerativas, as intervenções no campo da saúde devem visar à *qualidade de vida* de modo que os sujeitos vivam mais e melhor, desfrutando do aumento dos índices de desenvolvimento socioeconômicos (CARVALHO, 2002).

Com esses argumentos, Lalonde questionou, com eloquência, o papel exclusivo da medicina na resolução dos problemas de saúde, atribuindo ao governo a responsabilidade por outras medidas, tais como o controle de fatores que influenciam o meio ambiente – como a poluição do ar, a eliminação dos dejetos humanos, águas servidas e outros.

O Informe Lalonde além de seguir a definição dos determinantes de saúde, conforme o esquema abaixo, indicando um entendimento ampliado da saúde, propõe cinco estratégias para a abordagem dos problemas neste campo, a saber: promoção da saúde, regulação, eficiência da atenção sanitária, investigação e estabelecimentos de objetivos.

**Modelo de determinação do processo saúde-doença do Relatório Lalonde**

Fonte: Carvalho, 2005.

Apesar de apontar na direção da complexidade da produção social da saúde, o Informe Lalonde insere-se na corrente comportamentalista da Promoção da Saúde, focalizando principalmente o estilo de vida e priorizando estratégias como: *marketing* social, educação para a saúde e estímulo à autoajuda (CARVALHO, 2005). O Relatório defende que as políticas de saúde devem informar, influenciar e assistir os sujeitos e organizações a responsabilizarem-se pela adoção de *atitudes saudáveis*, as quais reduziram sua exposição aos riscos de adoecimento e de morte (CARVALHO, 2005).

Os esforços de produção de novas ferramentas teóricas e metodológicas na saúde, que começaram a conquistar legitimidade na publicação do Informe Lalonde, repercutiram mais significativamente a partir da convocação pela Organização Mundial de Saúde (OMS) da I Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde realizada em Alma-Ata no ano de 1978.

A saúde foi pela primeira vez reconhecida como um direito a ser atendido não apenas por meio da melhoria do acesso aos serviços de saúde, mas também por um trabalho de cooperação com os outros setores da sociedade. A sua estratégia básica, a Atenção Primária à Saúde, com participação dos usuários no processo, gradativamente, foi demonstrando que a meta estabelecida por seus participantes – “Saúde para todos no ano 2000” – depende de mudanças nas relações de poder entre os que oferecem serviços de saúde e os que os utilizam, bem como de um investimento nas condições socioambientais e políticas que afetam a saúde das populações.

A Conferência de Alma-Ata recomendou que, para alcançar a meta de “Saúde para todos até o ano 2000”, um conjunto de oito estratégias são essenciais: educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle, fornecimento de alimentos e nutrição adequada, abastecimento de água e saneamento básico apropriados, atenção materno-infantil e planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle das doenças endêmicas, tratamento apropriado de enfermidades comuns e acidentes, e a distribuição de medicamentos essenciais (BUSS et al., 2000).

As recomendações, o objetivo e a centralidade da Atenção Primária à Saúde na organização dos serviços e sistemas de saúde defendidos em Alma-Ata serviram para retomar a

perspectiva socioambiental da Promoção da Saúde e fortalecer politicamente seus defensores, tanto na OMS quanto nos diferentes países (CASTRO, 2003).

É importante destacar que, ainda entre o fim da década de 1970 e o início dos anos 1980, os estudos epidemiológicos de Ratcliffe e o Relatório Black reforçaram a afirmação de que há uma relação positiva entre iniquidade social e adoecimento, ratificando a importância do vínculo entre o modo de organização da sociedade e a saúde da população (CARVALHO, 2005).

O termo “Promoção da Saúde”, relacionado com autonomia e emancipação, começou a ser mais e mais utilizado por profissionais da saúde insatisfeitos com as abordagens verticais e normativas, planejadas e implementadas sem a participação dos diferentes atores envolvidos. Alguns desses profissionais foram responsáveis pela organização do Congresso Canadense de Saúde Pública, em 1984, denominado “Para além da assistência à saúde”. Nesse evento, realizado para avaliar os progressos em termos de saúde da população canadense, após dez anos da publicação do Informe Lalonde, foram firmados os princípios de uma nova proposta de Promoção da Saúde, orientada pela participação social no processo de tomada de decisão sobre as ações de saúde, pela sustentabilidade ambiental e por objetivos de busca da equidade, por meio de ações intersetoriais. Ao final desse evento, Leonard Duhl formulou o ideário de “Cidades Saudáveis” como uma utopia a ser alcançada, sendo essa estratégia e os princípios de Promoção da Saúde, recém-formulados, adotados e colocados em prática em muitas cidades canadenses e europeias. (DUHL, 1986; ASHTON, 1993).

As conferências internacionais promovidas pela Organização Mundial de Saúde foram, ao longo de vinte anos, colaborando para que se produzissem reflexões sobre a teoria e a prática da Promoção da Saúde, relacionadas à vertente explicativa socioambiental do processo saúde-doença, a fim de aprimorá-la e contextualizá-la, dando vida e movimento a esse referencial teórico orientador, contido nesta área de conhecimentos e práticas.

Segundo Ashton (1993), as iniciativas no campo da Promoção da Saúde se orientam, principalmente, pelo interesse em promover a equidade social, pela necessidade de reorientação dos serviços de saúde e de ampliação da participação comunitária. O autor destaca, ainda, que a Promoção da Saúde se guia pela necessidade do desenvolvimento de coalizões entre o setor público, setor privado e o voluntariado, que juntos podem desenvolver ações cuja amplitude possa permitir o enfrentamento da multicausalidade do processo saúde-doença.

Para Restrepo (2001), outra influência positiva para a construção da Promoção da Saúde, nessa perspectiva, foram os resultados dos estudos epidemiológicos avaliativos realizados sobre a intervenção direcionada a minimizar a influência dos “Fatores de Risco de Doenças Coronarianas”. Esses estudos foram realizados na cidade de Carélia do Norte, na Finlândia, entre 1970 e 1980, demonstrando como uma estratégia mais ampla, que envolveu ações participativas e políticas, possibilitou o enfrentamento de condições e estilos de vida desfavoráveis à saúde e diminuiu a incidência e as consequências das doenças na população. Esse famoso projeto demonstrou a importância da participação da população na resolução dos problemas de saúde, da advocacia por políticas públicas saudáveis, relacionadas à produção de alimentos, à formação cidadã das crianças em idade escolar, ao controle do tabagismo, entre outras questões (PUSKA, 1995 apud RESTREPO, 2001).

O moderno conceito de Promoção da Saúde, assim como as novas práticas coerentes com suas bases político-ideológicas, vem se desenvolvendo a partir da realização da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986. As discussões iniciais ocorreram nos países desenvolvidos, especialmente no Canadá e nos países da Europa Ocidental e, mais recentemente, vem sendo acolhida na América Latina e em alguns países em desenvolvimento de outros continentes, como um movimento que pode colaborar na recuperação do sentido ético da vida e da saúde.

Foi na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, que os profissionais reunidos em Ottawa, no Canadá, aprovaram a *Carta de Ottawa*, documento considerado o mais importante marco conceitual da Promoção da Saúde. Essa Carta parte do conceito amplo de saúde defendido pela Organização Mundial da Saúde, segundo o qual a saúde é um estado de bem-estar holístico definido pela composição de aspectos biológicos, sociais, econômicos, educacionais, culturais e ambientais.

O conceito de saúde que permeia a Carta de Ottawa acentua que:

Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um sujeito ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar e se adaptar ao meio. Saúde é, portanto, vista como recursos para a vida diária, não objetivo da vida. Saúde é um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais assim como capacidades físicas. (PROMOCIÓN DE LA SALUD, 2000, p. 12)

O conceito de Promoção de Saúde, que reforça a importância da ação ambiental e da ação política, bem como a mudança do estilo de vida, foi muito importante como referência para o movimento. Promoção de Saúde foi conceituada na Conferência de Ottawa como: “processo de capacitação dos sujeitos e coletividades para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população” (PROMOCIÓN DE LA SALUD, 2000, p. 12).

Nessa visão positiva do processo, que ressalta o papel das potencialidades individuais e socioculturais para a produção social da saúde, a saúde deixa de ser um objetivo a ser alcançado, tornando-se um recurso para o desenvolvimento da vida (PILON, 1992).

A *capacitação das coletividades* referida na Carta de Ottawa deveria ser realizada em dois sentidos: (1) mais voltado para a melhoria das condições objetivas de vida, por meio da participação na formulação de políticas públicas saudáveis que lhes permitissem alcançar funcionalidades elementares, tais como alimentar-se, obter abrigo e saúde; e (2) um sentido mais subjetivo, relacionado ao alcance de funcionalidades que envolvem o autorrespeito, as habilidades que favorecem a integração social, a capacidade para participar da vida social e outras.

O sentido do processo de capacitação de que fala a Carta de Ottawa, ao que tudo indica, era o de que ações fossem realizadas para motivar os sujeitos e coletividades a refletirem criticamente sobre as condições que interferem na saúde, para que possam advogar pelo reconhecimento da saúde como um direito e como uma questão muito importante que deve ser levada em consideração nos processos de tomada de decisão governamentais

e não governamentais, relacionadas à qualidade de vida dos sujeitos e coletividades. Essa capacitação, somada às ações de ampliação de poder e mobilização da população de modo geral, pode contribuir, inclusive, para que a saúde seja reconhecida como um critério de governo no processo de tomada de decisões sobre desenvolvimento econômico-social. A partir da concepção de saúde definida na Carta de Ottawa, firmaram-se compromissos para a implementação da promoção de saúde, que extrapolam o setor e exigem parcerias com outros setores do governo e da sociedade. Fazia-se necessário, portanto, convocar outras forças sociais para participarem desse movimento de ampliação da Promoção da Saúde. Era preciso fortalecer a capacidade de convocação do setor saúde para mobilizar recursos na direção da produção social da saúde e na responsabilização sobre ela.

O projeto da promoção da saúde centra-se, então, na obtenção da equidade sanitária, assegurando a igualdade de oportunidades e proporcionando os meios que possibilitem a toda a população desenvolver ao máximo sua “saúde potencial” (BUSS et al., 2000, p. 173).

Várias conferências internacionais de Promoção da Saúde foram realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) nos anos seguintes, resultando em outras declarações e cartas que sintetizam suas conclusões e recomendações, reforçando o referencial teórico em construção.

A Conferência de Adelaide, realizada na Austrália, em 1988, cumpriu seu objetivo de demonstrar o papel das políticas públicas na resolução dos problemas de saúde.

Em 1991, quando ocorreu a Conferência de Sundsvall, na Suécia, o império soviético já havia começado a sua decadência e já vinha se instalando um novo projeto de sociedade em torno do avanço neoliberal e globalização da economia. Essa Conferência teve o grande papel de colocar o tema ambiente na agenda da saúde. O “ambientalismo”, como um movimento social desencadeado pela ampliação da consciência em relação aos problemas, desastres e crises ambientais, estava, nesse momento, tornando-se uma nova utopia, passando a mobilizar muitos segmentos da sociedade. Na Conferência Internacional realizada no Brasil, em 1992, a ECO 92, foi reforçada a importância da construção de ambientes de apoio à Promoção da Saúde, a necessidade de políticas públicas saudáveis na área ambiental e, principalmente, o respeito à sustentabilidade nos processos de desenvolvimento.

Durante a Conferência de Jacarta, em 1998, na Indonésia, tanto a globalização da economia como a modernização tecnológica, em especial no campo da comunicação, já caminhavam a passos largos, constituindo-se no ápice do processo de internacionalização do mundo capitalista. A ideologia hegemônica, com valores diferentes de outros períodos da história, dá sustentação à nova fase do capitalismo e, portanto, à economia de mercado global, interferindo na dinâmica da vida e do trabalho.

Os anos que precederam essa Conferência foram momentos em que se evidenciaram as diferenças e as reações à globalização. O mundo se dividiu entre os povos que assumiram a globalização e a universalização da cultura, dos direitos, como uma característica da nova fase da humanidade, e aqueles que se rebelaram contra a homogeneização da cultura. O fundamentalismo, a supervalorização da diversidade, da cultura, das etnias, do Estado-Nação, enfim, mecanismos de resistência ao processo de globalização, deram início a conflitos

entre povos, que até o momento conviviam no mesmo espaço geográfico, com acirramento da xenofobia, do terrorismo e o aumento a violência. Além disso, a globalização, associada ao neoliberalismo, aumentou a riqueza e ao mesmo tempo a disparidade entre ricos e pobres. Nos anos que se aproximavam do século XXI, o mundo moderno vivia a crise em função desse processo de globalização (ROUANET, 1995; WESTPHAL, 2005, não publicado).

Esse progresso aumentava a riqueza no mundo ao mesmo tempo em que intensificava as iniquidades entre os diferentes segmentos da sociedade, em todos os países do mundo, especialmente nos do hemisfério Sul. Essa realidade caracterizava mais uma vez o não cumprimento da promessa de igualdade, liberdade, solidariedade e paz da Revolução Francesa do século XVI. Nessa crise, a humanidade estava buscando redirecionar o conhecimento e o desenvolvimento para discutir valores e princípios que fizessem frente ao predomínio da intolerância na convivência, ao aumento das guerras, ao acirramento das desigualdades econômicas e sociais intra e entre países e ao desenvolvimento desvinculado das reais necessidades dos povos (ROUANET, 1995; WESTPHAL, 2005, não publicado).

Para que a Conferência de Jacarta obtivesse resultados que permitissem uma aproximação à problemática, definiu-se uma pauta que procurou discutir tais questões envolvendo profissionais de *marketing* e empresários do setor privado na tentativa de lidar com a diversidade e ampliar o envolvimento de maior número de setores. Inicialmente, a minuta da declaração apresentada aos participantes tinha um conteúdo neoliberal. Porém, ao longo das discussões, os participantes conseguiram mudar o rumo das discussões e as conclusões foram muito importantes para a continuidade da Promoção da Saúde, no mesmo direcionamento que havia iniciado em 1986. As conclusões foram que, para o desenvolvimento das ações, especialmente as relacionadas às políticas públicas, seria importante que os profissionais de saúde buscassem estabelecer parcerias e alianças para a resolução dos problemas, a partir da discussão conjunta e de sua causalidade, sem desconsiderar o conflito de interesses e desenvolvendo técnicas de negociação para a tomada de decisão.

A Declaração de Jacarta estabeleceu cinco prioridades para a Promoção da Saúde até o século XXI, com o intuito de enfrentar o novo tempo com novos conhecimentos e novas estratégias, tais como: 1) promover a responsabilidade social pela saúde; 2) aumentar a capacidade da comunidade e o poder dos sujeitos para controlar as ações que pudessem interferir nos determinantes da saúde; 3) expandir e consolidar alianças para a saúde; 4) aumentar as investigações para o desenvolvimento da saúde e 5) assegurar a infraestrutura para a Promoção da Saúde.

Na realização da V Conferência de Promoção da Saúde, ocorrida no México, no ano 2000, observou-se que a maioria dos compromissos assumidos durante as Conferências anteriores não havia sido cumprida. Uma nova metodologia de trabalho foi adotada privilegiando a discussão com os representantes ministeriais dos países lá representados. Os ministros assinaram a Declaração Presidencial, afirmando reconhecer a contribuição das estratégias de Promoção da Saúde para a manutenção das ações de saúde em nível local, nacional e internacional, e comprometendo-se a elaborar Planos Nacionais de Ação para monitorar o progresso da incorporação das estratégias de Promoção da Saúde na política nacional e local. Os técnicos presentes rediscutiram os assuntos relacionados às prioridades estabelecidas na reunião ministerial, reafirmando também a importância da Promoção da Saúde, da focalização dos determinantes da saúde e da necessidade de se construir um mundo com mais equidade (ANDRADE; BARRETO, 2002; WESTPHAL, 2007).



Após vinte anos da I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizou-se a VI Conferência em Bangkok, em 2005. Na ocasião, se discutiu intensamente o tema da globalização, como ampliadora de desigualdades e conflitos sociais, mas também de potencialidades que devem ser valorizadas pelos atores da Promoção da Saúde. A revolução tecnológica da informação é uma dessas potencialidades, que tem possibilitado e ampliado continuamente o acesso e a troca de mensagens com muita rapidez, facilitando a universalização e o fortalecimento de novos movimentos sociais, como o feminista, o ecológico, o racial, entre outros, o que facilita e fortalece a advocacia por direitos e por políticas públicas saudáveis e equânimes. Várias estratégias foram discutidas no sentido de garantir a sustentabilidade ambiental e das ações de Promoção da Saúde, sendo que a busca e o estabelecimento de parcerias foram valorizados como importantes componentes, incluindo o setor privado, apesar das contradições que esse tipo de ação encerra.

A VI Conferência de Promoção da Saúde, ocorrida em Nairobi, no Kenia, em outubro de 2009, identificou as estratégias-chave e os compromissos necessários para implementar e desenvolver ações de promoção de saúde. Partiu do pressuposto que tanto os países em desenvolvimento, quanto os desenvolvidos, enfrentam condições de saúde que comprometem seu futuro e desenvolvimento econômico. Assim, foram elencadas responsabilidades a serem adotadas urgentemente pelos governos e tomadores de decisão: fortalecer as lideranças, tomar a promoção da saúde como política transversal, empoderar comunidades e indivíduos, fortalecer os processos participativos e construir e aplicar conhecimentos em torno da busca de evidências da efetividade da promoção da saúde.

A partir da análise das sete Conferências Globais de Promoção da Saúde, organizadas pela OMS, vê-se que, gradativamente, foram sendo reforçados e difundidos conceitos básicos como *a equidade, a participação social e a intersectorialidade*, que exigem o fortalecimento da saúde pública em torno do compromisso de “saúde para todos” (WESTPHAL, 2007). Observa-se que os princípios definidos na Carta de Ottawa, aprofundados e atualizados ao longo desses mais de 20 anos, da mesma forma que os princípios do SUS, estão orientando políticas e ações de muitos profissionais, como vocês, envolvidos na área de Promoção da Saúde, apesar da dificuldade em enfrentarem as forças hegemônicas, decorrentes da fragmentação das áreas técnicas e que têm objetivos essencialmente biomédicos, que se opõem a elas.

A proposta defendida a partir da Conferência de Ottawa e dos marcos legais do Sistema Único de Saúde amplia a responsabilidade do setor saúde, colocando-lhe outros campos de ação: 1) a defesa de políticas públicas saudáveis; 2) a articulação para criar ambientes de apoio à Promoção da Saúde – cidades, escolas, ambientes de trabalho, praças, parques ecológicos e outros; 3) o fortalecimento da ação comunitária; 4) o apoio ao desenvolvimento de habilidades e atitudes, especialmente em relação aos estilos de vida saudáveis e 5) a reorientação da gestão dos serviços de saúde.

Você encontrará as Cartas das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde no seguinte endereço eletrônico: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoesecarta\\_portugues.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoesecarta_portugues.pdf)>



Internet

## 3 Institucionalização da Promoção da Saúde no SUS

### 3.1 Acúmulo conceitual e reconhecimento institucional: a década de 1990

No Brasil, com o fim da ditadura e o início do processo de redemocratização do país, grupos de sanitaristas progressistas da saúde, insatisfeitos com os avanços alcançados com as mudanças propostas pelas correntes preventivistas e influenciados por profissionais que estiveram engajados em ações relacionadas à pedagogia problematizadora e aos movimentos populares e socialistas da América Latina, intensificaram a discussão em busca de novos paradigmas para nortear as programações de saúde e educação e procuraram dar uma nova dimensão às políticas públicas do setor saúde, focalizando os determinantes sócio-históricos do processo saúde-doença (WESTPHAL, 1992).

O movimento de renovação da saúde pública, naquele momento, foi denominado Reforma Sanitária Brasileira dos anos de 1980 e teve como consequência o estabelecimento do SUS, como sistema público de saúde, adotado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990 (BRASIL, 1988).

Desde meados da década de 1980, vários acontecimentos que se deram no âmbito nacional contribuíram para que a Promoção da Saúde fosse incorporada como uma nova filosofia e prática nas políticas de saúde.

A Reforma Sanitária Brasileira passou a ser amplamente discutida a partir de 1986, logo após a VIII Conferência Nacional de Saúde, que propôs para a sociedade brasileira conceitos e objetivos muito semelhantes aos que seriam apresentados mais tarde na I Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em novembro do mesmo ano. Em ambos os documentos – relatório e Carta de Ottawa – foi definido que a “Saúde” não se reduzia à ausência de doença, mas significava a atenção às necessidades básicas dos seres humanos, em um ambiente que favorecesse seu crescimento e desenvolvimento.

Profissionais da saúde envolvidos com o movimento sanitário, no início da implementação do SUS, idealmente entendido como articulação intersetorial de políticas públicas, empenharam-se em estabelecer programas conjuntos com os outros ministérios e outros setores da sociedade. Com o tempo, os esforços para a implementação do SUS restringiram-se a uma luta do setor para a cura das doenças e, nos últimos tempos, voltados, sobretudo, à resolução do financiamento das ações de saúde. Entretanto, se inicialmente a Reforma não concretizou suas propostas, permitiu uma série de mudanças. Vários progressos foram feitos na perspectiva do SUS: descentralizaram-se as decisões de saúde, favorecendo o desenvolvimento de um Movimento Municipalista de Saúde liderado pelos Secretários Municipais de Saúde, fortalecendo a participação e controle social da população nas questões de saúde e ampliando conceitos e práticas de saúde (WESTPHAL et al., 2004).

#### Sobre os 20 anos de SUS.

Visite a Mostra Virtual e baixe o filme no seguinte endereço:

[<http://www.sus20anos.saude.gov.br/sus20anos/>](http://www.sus20anos.saude.gov.br/sus20anos/)



Internet

Outro acontecimento importante deste período foi a Conferência Latino-Americana de Promoção da Saúde, promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), realizada na Colômbia, em Bogotá. Participaram 550 representantes de 21 países latino-americanos, entre eles o Brasil, com a intenção de discutir o significado da Promoção da Saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos para a melhoria da saúde das populações da região, com vistas à equidade (PROMOCIÓN DE LA SALUD, 2000).

No ano de 1995, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) se reuniu no Congresso dos Secretários Municipais de Saúde das Américas, em Fortaleza, Ceará. A Carta de Fortaleza, elaborada ao final, nos termos que foi redigida, expressou publicamente o interesse da sociedade representativa dos Secretários Municipais de Saúde nas propostas da Promoção da Saúde. Mencionaram na Carta as experiências canadenses de Cidades Saudáveis, chamando a atenção para o fato de que seria possível deslocar o foco do sistema de saúde da doença para produção da qualidade de vida, priorizando um papel ativo dos sujeitos sociais e que a municipalização da saúde poderia se fortalecer a partir de uma experiência integradora, participativa e criativa buscando a construção de Cidades Saudáveis (WESTPHAL et al., 2004).

A partir desse momento, várias propostas de implementação de iniciativas de Cidades Saudáveis começaram a ser incentivadas pela Organização Pan-Americana de Saúde e por alguns técnicos canadenses e colocadas em prática em vários estados do país: Paraná, São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Alagoas e outros, com apoio de importantes segmentos da sociedade, especialmente o CONASEMS. Também a realização do “I Fórum Brasileiro de Cidades Saudáveis”, no Ceará, em agosto de 1998, foi um apoio a essas iniciativas, chegando mesmo a ser lançada a proposta da Rede Brasileira de Municípios Saudáveis (WESTPHAL; MOTTA; BOGUS, 1998).

Em 1998, o Ministério da Saúde brasileiro passou por uma reformulação estrutural, sendo as ações de Promoção da Saúde, pela primeira vez, oficialmente inseridas na estrutura, alocadas na recém-criada Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), que possuía departamentos correspondentes a áreas de formulação, de gestão de políticas e avaliação de políticas de saúde. Nesse momento e nesta localização na estrutura, foi elaborado o Projeto BRA 98/006 – “Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção” –, como resultado da cooperação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), da Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e do Ministério da Saúde, que objetivava o desenvolvimento de um modelo de atenção para a população brasileira sob a perspectiva da Promoção da Saúde.

O Projeto BRA 98/006 constituiu-se em abertura de um processo que desejava gerar novos modos de produção da saúde quanto à clínica e às políticas existentes, de maneira que houvesse um deslocamento rumo a enfoques mais: humanizados, intersetoriais, descentralizados, integrais, democráticos e participativos. Para a consecução do Projeto BRA 98/006, adotou-se, desde a sua elaboração, o conceito de Promoção da Saúde conforme definido, desenvolvido e experimentado em nível internacional. Assim, o marco teórico-conceitual eleito privilegiou as linhas de atuação e os princípios norteadores das ações em saúde propostos nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, realizadas a partir dos anos de 1980 e no Plano de Trabalho da Rede de Mega Países para a Promoção da Saúde para o período de 1999 a 2004. Os programas criados no país, conseqüentemente, também se basearam na experiência dos países ditos desenvolvidos, notadamente do Canadá e da Europa.

À época, a adoção dos princípios e experiências internacionais como modelo foi a possibilidade de iniciar institucionalmente o debate da Promoção da Saúde, abrindo importantes espaços de reflexão, formulação e implementação de programas e projetos voltados para a melhoria da qualidade de vida de sujeitos e coletividades.

O período da Promoção da Saúde na SPS colaborou positivamente para a divulgação e esclarecimento de suas propostas e a articulação de ações de Promoção da Saúde com outras políticas e programas de saúde, ampliando as oportunidades de seus princípios, valores e estratégias a serem inseridos na formulação dessas políticas e programas, na sua implementação e avaliação. Nesse período, faziam parte da SPS as instâncias importantes de negociação de pactos entre as esferas de governo com relação à saúde: Comissão Intergestora Tripartite (CIT), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de CONASEMS e instâncias de participação de associações profissionais e científicas, que abriram espaço para o esclarecimento do significado da Promoção da Saúde e as possibilidades que teriam de colaborar na implantação do SUS.

Em 2000, quando muitas experiências e debates haviam sido feitos, foi pela primeira vez elaborado um documento básico que propunha a criação de uma Política Nacional de Promoção da Saúde. Esse documento teve o mérito de refletir todo o processo que foi sendo construído e articulado entre os diversos atores envolvidos com o tema no país, na última década (BRASIL, 2002).

### **3.2 Construção da Política Nacional de Promoção da Saúde e seus primeiros passos**

Como a construção do próprio SUS, processo repleto de avanços, estagnações e impasses, a elaboração e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde também não se fizeram de maneira linear. Entramos nos anos 2000 sem a definição do principal compromisso assumido no Projeto de cooperação internacional por um novo modelo de atenção: a existência de uma Política Nacional.

Por outro lado, assim como o mesmo SUS iniciou e reinventou-se no fazer cotidiano das equipes de saúde, também a Promoção da Saúde apareceu e fortaleceu-se no fazer diário de profissionais de saúde, notadamente no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família (PACS/PSF).

O PACS/PSF possui grande inserção social e territorial e orienta-se pelos princípios de vinculação, corresponsabilização e integralidade na assistência à saúde e, sendo assim, constituiu um caminho fundamental para a implementação de ações de Promoção da Saúde no SUS.

Mais próximos das diversas realidades do Brasil e recebendo usuários com todo tipo de necessidades em saúde, os profissionais do PACS/PSF criaram novas formas de produzir saúde, articulando saberes oriundos de diferentes disciplinas e de suas experiências de vida. Atentos e pressionados por uma demanda assistencial crescente em quantidade e custo, os gestores locais de saúde também viram na Promoção da Saúde uma possibilidade de ampliação das oportunidades de produzir saúde.

Multiplicaram-se experiências, mas foi somente em 2003 que a elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde foi retomada com vigor. Nesse ano, o Ministério da Saúde teve sua estrutura regimental alterada e a SPS deixou de existir, ficando a cargo da Secretaria Executiva (SE) a coordenação da Promoção da Saúde.

Entendendo que a construção da Política Nacional de Promoção da Saúde implicava um processo amplo de discussão com todas as áreas do Ministério da Saúde, os gestores locais do SUS, universidades, etc., deu-se início a um intenso processo de escuta dos diferentes atores sociais envolvidos na conjugação da clínica e da Promoção da Saúde. Para tanto, identificaram-se, primeiramente, as ações de Promoção da Saúde existentes em vários municípios e/ou vinculadas às universidades, buscando assegurar a elaboração de um documento que atendesse à realidade brasileira.

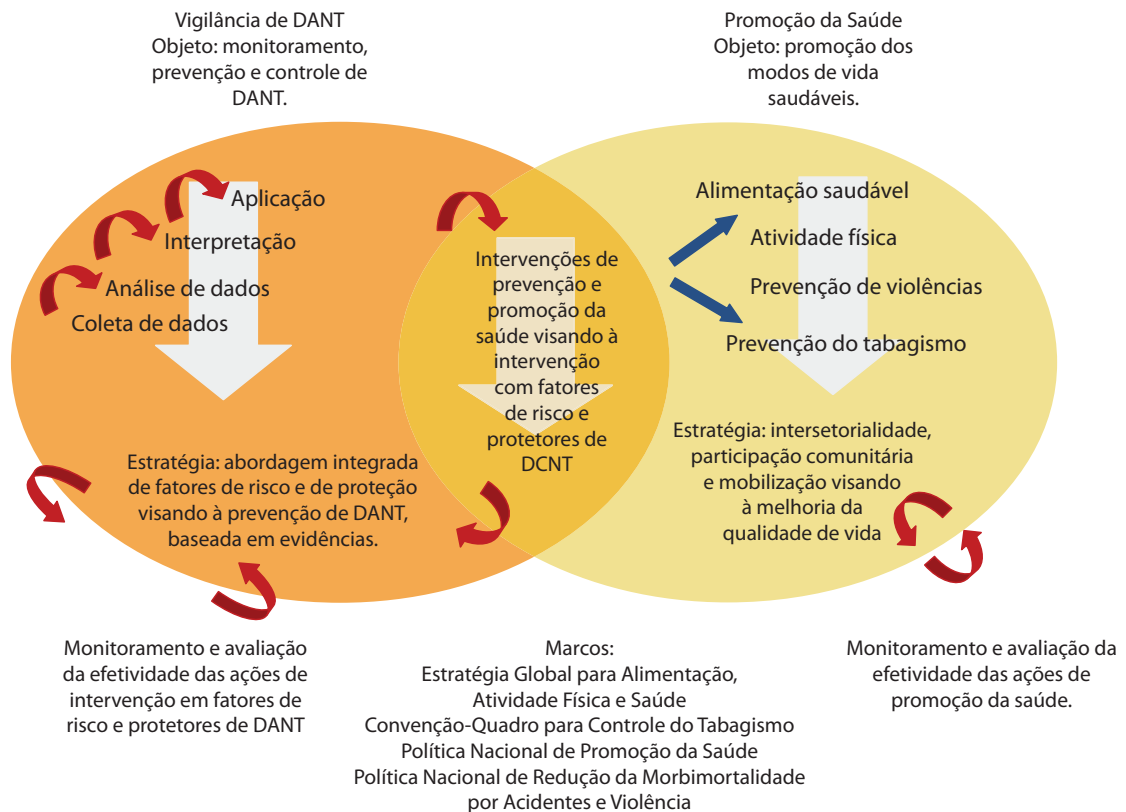
Entre agosto de 2003 e dezembro de 2004, consolida-se a perspectiva de que uma Política Nacional de Promoção da Saúde seria mais efetiva e capaz de operar de modo real no SUS à medida que se fizesse um dispositivo integrador da agenda dos vários segmentos sanitários. Assim, embora sua coordenação estivesse em determinado *locus* institucional, seu processo de gestão deveria envolver as demais áreas técnicas do Ministério da Saúde em uma articulação em rede de gestores-multiplicadores.

O acúmulo de conhecimento efetivado no período e a primeira versão da Política Nacional de Promoção da Saúde transferiram-se, no final de 2004, com as mudanças na gestão do Ministério da Saúde, para a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

A CGDANT, dando continuidade à construção da Política Nacional, empreendeu uma revisão dos documentos ministeriais e de governo a fim de fortalecer o caráter integrador e intersetorial do texto da Política, com ênfase no próprio Plano Nacional de Saúde de 2004/2007 e nos materiais das áreas de meio ambiente, educação, esporte e cidades. Concomitantemente, trabalhou pela ratificação da perspectiva transversal da Promoção da Saúde de maneira que o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 1190 GAB/MS, em 14 de julho de 2005, instituindo o Comitê Gestor da Política Nacional. Ao Comitê Gestor, formado por diferentes secretarias e órgãos do MS, atribuiu-se: consolidar proposta da Política Nacional de Promoção da Saúde; coordenar a sua implantação e a articulação com demais setores governamentais e não-governamentais; incentivar Estados e Municípios a elaborarem Políticas de Promoção da Saúde; articular e integrar ações de Promoção da Saúde no SUS; monitorar e avaliar as estratégias de implementação da Política Nacional e seu impacto.

No mesmo ano, inicia-se a descentralização de recursos financeiros para ações de Promoção da Saúde, repassando aproximadamente cinco milhões de reais para as capitais do país.

Coordenar a elaboração e implementação da Promoção da Saúde a partir da SVS exigiu a produção de conhecimentos e a retomada de marcos da Reforma Sanitária a fim de explicitar as relações e congruências dos campos da promoção e da vigilância em saúde, conforme mostra a figura a seguir. Ao mesmo tempo, ratificou a importância da análise de situação em saúde para o planejamento das iniciativas de Promoção da Saúde.



Fonte: Brasil, 2005.

As transições epidemiológica, demográfica e nutricional, o agravamento dos efeitos sanitários dos grandes problemas sociais – miséria, fome, violências, destruição ambiental – e a interlocução contínua com organismos internacionais, como o CONASS, o CONASEMS e as diversas instituições de ensino e pesquisa, brasileiras e internacionais, geraram as condições históricas necessárias à institucionalização da Promoção da Saúde. Assim, a CIT aprovou, em 30 de março de 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).



Atenção

**Depois de acompanhar o processo histórico de construção da PNPS é fundamental que você leia ou releia o texto da política na íntegra.**

Leia o anexo no final do módulo ou visite o seguinte endereço: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1484](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1484)



Internet

Se por meio da Portaria GM n. 687/2006, publicava-se a intenção de reconhecer e operacionalizar a PNPS, com a inclusão da Promoção da Saúde entre as prioridades e diretrizes do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (Portaria GM n. 399/2006), ratificava-se o compromisso do SUS com a Política e a concordância entre os princípios e diretrizes de ambos (BRASIL, 2006).

No primeiro momento, o compromisso dos gestores vinculou-se à elaboração de políticas locais de Promoção da Saúde e/ou da inclusão do tema nos Planos Estaduais e

Municipais de Saúde e a investir em ações vinculadas às práticas corporais/atividade física, alimentação saudável e controle do tabagismo (Portaria n. 91, de 10 de janeiro de 2007). A Promoção da Saúde era, então, um marcador para a qualidade da gestão, pois não tinha estabelecido indicadores mensuráveis para seu acompanhamento.

A partir da aprovação da PNPS e da instalação do seu Comitê Gestor (Portaria GAB/SVS n. 23, 18/05/2006), trabalhou-se pela garantia de recursos financeiros para a implementação da Política, incluindo, pela primeira vez, a Promoção da Saúde como Programa Orçamentário no Plano Plurianual (PPA) 2008-2011 do Ministério da Saúde.

Presente no Pacto Pela Vida, incluída no orçamento do Ministério da Saúde e com o Comitê Gestor funcionando sistematicamente, a Política de Promoção da Saúde realizou, ainda em 2006, seu primeiro Seminário Nacional, envolvendo 400 pessoas de diversos lugares do país. O I Seminário Nacional sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde foi coordenado pelo Comitê Gestor e abordou durante dois dias a agenda de prioridades da Promoção da Saúde. A PNPS destacou sete áreas temáticas prioritárias:

- alimentação saudável;
- práticas corporais/atividades físicas;
- prevenção e controle do tabagismo;
- redução da morbimortalidade por uso abusivo de álcool e outras drogas;
- redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito;
- prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
- promoção do desenvolvimento sustentável.

Talvez um dos efeitos mais expressivos do I Seminário tenha sido a reconfiguração do Comitê Gestor, que passou a incluir representantes da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e dos gestores estaduais e municipais de saúde (Portaria GM/MS n. 1.409, 13 de junho de 2007), e o compromisso de organizar processos de formação para os profissionais e gestores do SUS.

Desde 2006, têm sido vários os desafios e inúmeras as iniciativas de fortalecimento da Promoção da Saúde no SUS, principalmente quando pensamos nos determinantes sociais da saúde e na dificuldade em organizar nossos serviços, recursos e práticas tendo como centro o cuidado integral dos sujeitos e coletividades. Desafios que pedem “mais” de todos nós – profissionais, gestores e população, porque exige que olhemos a “longo prazo”, articulando ações com a educação e a cultura, por exemplo, e pensemos como reverter a banalização das epidemias modernas: estresse, depressão, diabetes, hipertensão arterial, violências, entre outras.

Por outro lado, há muito que comemorar! Nesses três anos, as experiências de várias equipes de saúde começaram a ganhar reconhecimento à medida que a Promoção da Saúde conquistou um lugar na agenda do SUS.



Saiba Mais

Sobre a construção da Política Nacional de Promoção da Saúde, sua inserção no Pacto Pela Saúde, seus avanços e as estratégias de implementação adotadas pelo Ministério da Saúde, acessando:

- o artigo de MALTA, D. C.; CASTRO, A. M. Avanços e Resultados na Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. B. Téc. SENAC: a R. Educ. Prof. RJ, v. 35, n. 2, maio/ago.2009. Disponível em: <<http://www.senac.br/conhecimento/bts-tudo.html>>
- os documentos dos Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão e veja seus instrumentos de planejamento e gestão no seguinte endereço eletrônico: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1021](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021)>
- o vídeo do I Seminário sobre a PNPS em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33154](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=33154)>
- as campanhas para a Promoção das Práticas Corporais/Atividade Física no seguinte endereço: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=137](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=137)>



## REFERÊNCIAS

### Módulo 1

AKERMAN, M.; MENDES R.; BOGUS, C. M. É possível avaliar um princípio ético? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 9, v. 3, p. 605-615, 2004.

ANDRADE, LOM; BARRETO, ICDE. A Promoção da Saúde e o movimento de Cidades/ Municípios Saudáveis: proposta de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO M. C. S.; MIRANDA, A. C. (Org.). *Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro Abrasco e Ed. Fiocruz, p. 151-198, 2002.

AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo; Rio de Janeiro: UNESP; Fiocruz, 2003.

ASHTON, J. (Ed.). *Ciudades sanas*. Espanha: Masson S. A., 1993.

BRASIL, Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 19 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto Pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e Aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS, bem como a transição e monitoramentos dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. A Vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde – documento para discussão. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 23 de agosto de 2009.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: *Promoção da Saúde: conceitos, práticas e reflexões*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 15-38, 2003.

BUSS, P. M. et al. *Promoción de la salud y la salud pública* – Una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe. Brasil, Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, julho de 2000 (mimeo)

CARVALHO, A. I. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis – Saúde e Cidadania na Pós-modernidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 1, n. 1, p. 104-121, 1996.

CARVALHO, S. R. *Saúde Coletiva e Promoção à Saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança*. Tese. Campinas: UNICAMP, 2002. (mimeo)

\_\_\_\_\_. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: HUCITEC, 2005

CASTRO, A. M. *A Equipe como dispositivo de produção de saúde*. O caso no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/UNATI/UERJ). Dissertação. 2003. Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2003.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, práticas e reflexões*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 39-53, 2003.

\_\_\_\_\_. *Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DUHL, L. The healthy city: its function and its future. *Health Promotion*, Toronto, n. 1, p. 55-60, 1986.

KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Editora Perspectiva AS, 1995.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill Inc., 1976.

MALTA, D. C; CASTRO, A. M. Avanços e Resultados na Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. B. Téc. SENAC: a R. Educ. Prof. RJ, v. 35, n. 2, maio/ago.2009. Disponível em: <http://www.senac.br/conhecimento/bts-tudo.html>.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 15, n. 3, jul./set. 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev\\_epi\\_vol15\\_n3.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev_epi_vol15_n3.pdf).

ORGANIZACIÓN Pan Americana de Salud. *Promoción de salud: una antología*. Washington: D. C; OPS, n. 557, 1996.

PILON, A. F. Qualidade de vida e formas de relacionamento homem – mundo. *Revista Brasileira de Saúde Escolar*, n. 2, v. 3/4, p. 117-125, 1992.

POTVIN, L.; CHABOT, P. Splendor and misery for Epidemiology for the evaluation of Health Promotion. *Revista Brasileira Epidemiol*, n. 5, suplemento 1, p. 91-102, 2002.

PROMOCIÓN DE LA SALUD. *Una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de America Latina y Caribe*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2000. (mimeo) (originais publicados pela Organização Mundial de Saúde).

RESTREPO, H. E.; MALAGA, H. (Org.). *Promoción de la salud: como construir vida saludable*. Bogotá: Ed. Medica Internacional, 2001.

ROSEN, G. *Da polícia médica a medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROUANET, S. P.; FREITAG, B. Conversando com Habermas. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 30 de abril de 1995, quinto caderno, página 3-8, 1995.

SANTOS, M. E.; SILVEIRA, M. L. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro; São Paulo: Ed. Record, 2001.

TEIXEIRA, C. (Org.) *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: ISC/UFBA, 2001.

TERRIS, M. Concepts of Health Promotion: dualities in Public Health theory. In: *Health Promotion: an anthology*. Washington: PAHO, 1996.

WESTPHAL, M. F. *Participação popular e as políticas municipais de saúde*. Tese de livre docência apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

WESTPHAL, M. F., MOTTA, R. M. M.; BOGUS, C. M. Contribuição para Formação de uma Rede brasileira de Municípios Saudáveis. *Jornal do Conasems*, Brasília, n. especial, ago. 1998.

WESTPHAL, M. F.; ZIGLIO, E. Políticas públicas e investimentos: a intersectorialidade. In: FUNDAÇÃO FARIA LIMA – CEPAM. *O município no século XXI: cenários e perspectivas*. São Paulo, p. 111-121, 1999.

WESTPHAL, M. F. et al. A Promoción de Salud en Brasil. In: ARROYO, H. V. *La promoción de la salud en América Latina: modelos, estructuras y vision crítica*. 1. ed. Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico, 2004.

WESTPHAL, M. F. *Globalization, Multiculturalism and health: a view from a developing country*. Conferência realizada no Salzburg Seminar, Austria, 2005.

\_\_\_\_\_. Promoção da Saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: HUCITEC; Ed. Fiocruz, p. 635-667, 2006.

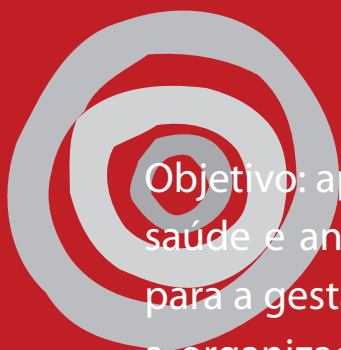
\_\_\_\_\_. Promoção da Saúde e qualidade de vida. In: FERNANDEZ, J. C. A. E.; MENDES, R. *Promoção da Saúde e gestão local*. SÃO PAULO: Hucitec; CEPEDOC Cidades saudáveis, 2007.

WHITAKER, F. Rede: uma estrutura alternativa de organização. *Revista Mutações sociais*, Rio de Janeiro: CEDAC, n. 3, 2002.



# MÓDULO 2

**Determinantes Sociais da Saúde e Promoção da Saúde:  
fundamentos e estratégias de gestão do processo  
de trabalho no SUS**



Objetivo: apresentar e discutir os determinantes sociais da saúde e analisar os fundamentos da Promoção da Saúde para a gestão do processo de trabalho no SUS, apontando a organização em Redes Integradas de Atenção à Saúde como arranjo estratégico.



## 1 Determinantes Sociais da Saúde

O processo de produção da saúde e do adoecimento tem sido objeto de reflexão e análise de forma constante na história da humanidade. Ao longo dos séculos, estabeleceram-se diferentes marcos explicativos para a relação saúde/doença, suas causas e consequências na vida cotidiana de sujeitos e coletividades.

Conforme acompanhamos no módulo 1, a Promoção da Saúde alinha-se à perspectiva de que

o adoecimento e a vida saudável não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, mas são influenciados pelas relações sociais e econômicas que engendram formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, renda, lazer, e ambiente adequado, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida (CARVALHO; BUSS, 2008, p. 151).

Trata-se, então, de afirmar que a saúde é socialmente determinada e que sua produção envolve diferentes campos de responsabilidade e toda ação humana que conforma determinado modo de viver.

No Brasil, há mais de 20 anos, o Movimento da Reforma Sanitária tem afirmado que a saúde de todos nós é efeito de uma série de fatores. Nossa Constituição Federal (1988) confirma: a saúde é um direito radicalmente vinculado à existência de políticas econômicas e sociais, que deverão assegurar outros direitos fundamentais como, por exemplo, moradia, alimentação, educação e lazer. A Lei n. 8.080/1990 ratifica: cuidar da saúde envolve o compromisso de abordar os seus fatores condicionantes e determinantes. Dessa maneira, parece que há uma clara opção em afirmar que, para produzir saúde, é necessário ampliar nosso olhar, nossa atenção para ouvir; para a nossa maneira de pensar e agir e analisar os modos de viver dos indivíduos e coletividades.

Para produzir saúde, portanto, é fundamental ter claro o conceito de modos de viver. Os modos de viver – cada escolha ou omissão, cada solução ou ausência de respostas diante das dificuldades cotidianas, cada gesto, palavra, sorriso ou lágrima, enfim, tudo que somos é marcado por muitas circunstâncias que podem produzir mais ou menos saúde ou adoecimento. As circunstâncias em que vivemos são os determinantes sociais de nossa saúde.

Os debates sobre o conceito de determinantes sociais da saúde iniciaram-se nos anos de 1970 e 1980, ou seja, são contemporâneos do desenvolvimento da Promoção da Saúde e compartilhavam com ela o entendimento de que as intervenções curativas e orientadas para o risco de adoecer eram insuficientes para a produção da saúde e da qualidade de vida em uma sociedade.

Nos últimos anos, o foco nos determinantes sociais de saúde ganhou ainda maior relevância com a criação, em 2005, pela Organização Mundial da Saúde da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, com o objetivo de ratificar a importância dos determinantes sociais na situação de saúde da população e a defesa radical da redução e/ou extinção das iniquidades em saúde (CARVALHO; BUSS, 2008).

Seguindo essa tendência e guardando coerência com o processo de desenvolvimento do Movimento da Reforma Sanitária, o Brasil criou, em 2006, a Comissão Nacional sobre

Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), composta por 16 lideranças sociais de diversos campos do saber (idem).

Após um amplo trabalho de revisão do conhecimento produzido sobre os determinantes sociais da saúde, a CNDSS adotou como modelo para a sua análise e esquema para a construção de recomendações de intervenção nos diferentes níveis de determinação o esquema explicativo de Dahlgren e Whitehead (1991) (idem).

### Determinações do processo saúde-doença



Fonte: Dahlgren; Whitehead, 1991.

O modelo desenvolvido por Dahlgren e Whitehead (1991) organiza as circunstâncias que constroem nosso modo de viver e nosso processo saúde-doença em diferentes camadas, reunindo aspectos individuais, sociais e macroestruturais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). O esquema permite-nos visualizar didaticamente uma série de “partes” integrantes de nossas vidas e analisar as relações estreitas e indissociáveis que elas têm. É importante lembrar que assim como cada modo de viver é uma composição de circunstâncias, também cada um dos territórios é a expressão singular da articulação dos determinantes sociais da saúde.

Na divisão didática proposta por Dahlgren e Whitehead (1991), os determinantes sociais estão organizados por níveis de abrangência em distintas camadas: a mais próxima referindo-se aos aspectos individuais e a mais distante aos macrodeterminantes. Como se pode ver, na base da figura, estão as características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que marcam nosso potencial e nossas limitações para manter a saúde ou o adoecer.

Na camada imediatamente externa, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os Determinantes Sociais da Saúde, já que os comportamentos dependem não apenas de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, mas também de Determinantes Sociais da Saúde, como acesso a informações, propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que é de fundamental



importância para a saúde da sociedade como um todo. No próximo nível, estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Finalmente, no último nível, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização. (CNDSS, 2008, p. 14)

Comissão Nacional de Determinantes Sociais – <<http://www.determinantes.fiocruz.br/>>

Organização Pan-Americana de Saúde – <<http://www.opas.org.br/coletiva/>>

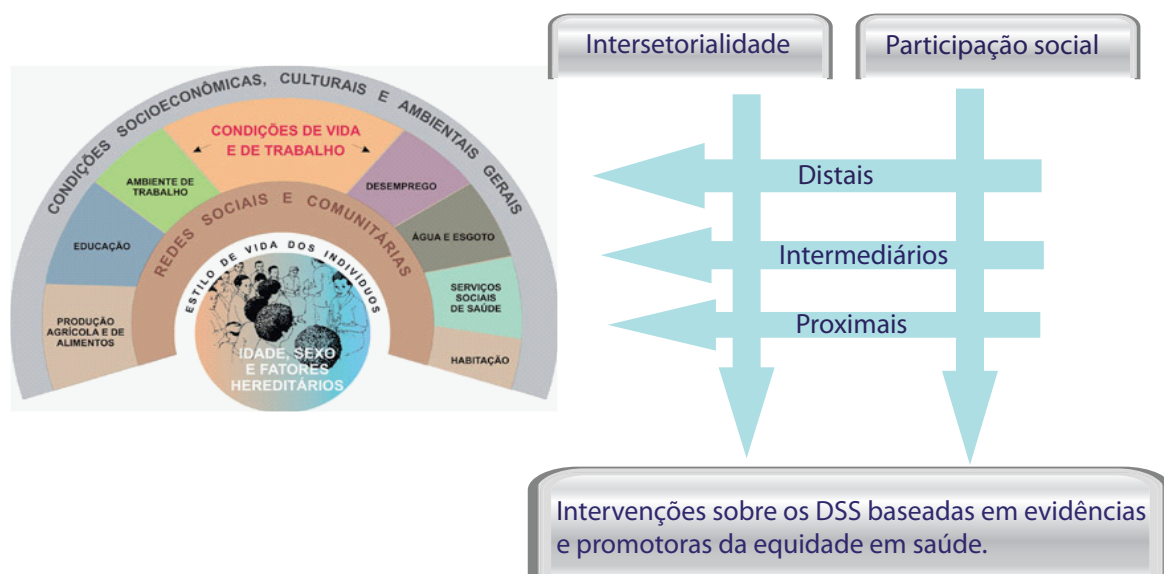
Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde – <[www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/)>



Internet

De acordo com o Relatório Final da CNDSS (2008), as estratégias de intervenção para a promoção da equidade em saúde precisam incidir sobre os diferentes níveis em que Dahlgren e Whitehead (1991) organizaram os determinantes sociais da saúde. Num sentido abrangente, a produção da saúde aconteceria pela organização de um contínuo de ações capazes de transformar positivamente os elementos que constroem os nossos modos de viver desde um nível de governabilidade mais próximo ao sujeito até aquele mais distante, que corresponde às políticas macroeconômicas, culturais e ambientais estruturantes da sociedade. Assim, os pilares das intervenções sobre os determinantes sociais de saúde organizar-se-iam conforme o esquema a seguir:

### Modelo Adaptado de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Carvalho; Buss, 2008.

Observa-se que o diagrama de Dahlgren e Whitehead (1991) se amplia com a inserção dos níveis de intervenção sobre os determinantes sociais da saúde, remetendo a duas condições imprescindíveis para que as ações de Promoção da Saúde sejam efetivadas: a participação social e a intersetorialidade. Carvalho e Buss (2008) organizam as intervenções em três níveis de abrangência: proximal, intermediário e distal.

No nível proximal, estão nossas escolhas, hábitos e rede de relações. Nesse nível, as intervenções envolvem políticas e estratégias que favoreçam escolhas saudáveis, mudanças de comportamento para redução dos riscos à saúde e a criação e/ou fortalecimento de laços de solidariedade e confiança. Assim, realizam-se programas educativos, projetos de comunicação social, ações de ampliação do acesso a escolhas saudáveis (alimentação saudável, espaços públicos para prática de atividades físicas, etc.), construção de espaços coletivos de diálogo e incentivo a organizações de redes sociais (CARVALHO; BUSS, 2008).

No nível intermediário, estão as condições de vida e trabalho que partilhamos numa determinada organização da sociedade. Nesse nível, as intervenções implicam a formulação e implementação de políticas que melhorem as condições de vida, assegurando acesso à água potável, saneamento básico, moradia adequada, ambientes e condições de trabalho apropriadas, serviços de saúde e de educação de qualidade, e outros. Aqui, exige-se a promoção de ações sinérgicas e integradas dos diversos níveis da administração pública (idem).

No nível distal, identificamos as políticas estruturantes de nossa sociedade. Trata-se de intervir para a consolidação de políticas “macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais” (idem, p. 162).

Sabe-se, contudo, que sistematização acima é meramente um recurso didático. Na realidade de cada território e da vida de cada um de nós, todos esses níveis de determinação acontecem e operam ao mesmo tempo e de maneira inseparável. Sempre somos senhor ou senhora X, que mora no bairro Y de uma metrópole ou de um pequeno município rural, trabalha no local Z, vem de uma família B ou C, tem mais ou menos amigos, é religioso ou ateu, entre um milhão de outras possíveis circunstâncias. É com todos os determinantes sociais da saúde que chegamos aos serviços de saúde, sejamos profissionais, usuários ou gestores!

É, então, fundamental que as intervenções nos níveis proximal, intermediário e distal se deem baseadas na intersetorialidade, na participação social e nas evidências científicas (idem, 2008).

O desafio parece ser o de não perdermos nossa habilidade em olhar na íntegra aquele sujeito e/ou comunidade com os quais trabalhamos, mesmo quando for necessário reconhecer que intervir sobre as “causas das causas” de seu adoecimento está fora do alcance direto de nossa ação, plano ou projeto. Aliás, é a partir da tentativa contínua de não nos prendermos exclusivamente às tarefas e protocolos cotidianos e automáticos que poderemos efetivar a Promoção da Saúde, uma vez que ela se faz de forma a que articulemos todos os níveis de determinação da saúde na análise da situação em saúde, na abordagem das necessidades de sujeitos e comunidades, na proposição de projetos terapêuticos singulares e projetos de saúde coletiva de um território, na busca conjunta de soluções com a população e com outras políticas públicas.

### Aplicando os conceitos: o exemplo de Belo Horizonte/MG

Belo Horizonte é uma cidade planejada que foi inaugurada de 1897 para abrigar 200 mil habitantes em três setores: a *área urbana*, limitada pela Avenida do Contorno; a *área suburbana*, com traçados e urbanização bem mais flexíveis, para a futura expansão da cidade; e a *área rural*, que comporia o cinturão verde da cidade. Hoje, Belo Horizonte ocupa uma área de 330,9 Km<sup>2</sup> e possui cerca de 2,4 milhões de habitantes (BELO HORIZONTE, 2009; TURCI, 2008).

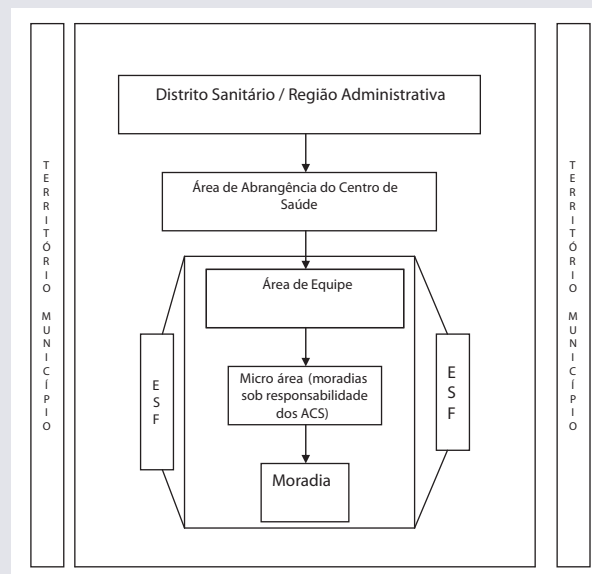
Além disso, mais 33 municípios vizinhos formam com a capital do estado de Minas Gerais a sua Região Metropolitana, onde vivem em torno de 4,5 milhões de pessoas que têm como referência sociocultural, econômica e de acesso a políticas públicas a cidade de Belo Horizonte (TURCI, 2008).

Nesse cenário, o setor saúde, desde os anos de 1990, tem buscado a construção de um modelo de atenção à saúde que pudesse, a partir dos princípios do SUS, produzir saúde com equidade. Tal compromisso implicou a necessidade em desenvolver modos de mensurar, analisar e operacionalizar o conceito de equidade.

Assim, construiu-se um indicador composto denominado Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), que combina diferentes variáveis na intenção de resumir informações que expressam as desigualdades injustas e evitáveis, indicando áreas prioritárias para a intervenção e facilitando a proposição de ações intersectoriais (BELO HORIZONTE, 2009; TURCI, 2008).

Com base em indicadores de base populacional do IBGE, tais como moradia e renda, e indicadores da saúde como mortalidade infantil e por doenças cardiovasculares, o IVS mede e classifica o risco de adoecer e morrer (baixo, médio elevado e muito elevado), produzindo um “mapa” da vulnerabilidade social da população (BELO HORIZONTE, 2009; TURCI, 2008). Tal “mapa” subsidiou a reordenação do sistema de saúde em Belo Horizonte, direcionando a implantação da Estratégia de Saúde da Família e, ao mesmo tempo, compôs com os esforços da prefeitura municipal em integrar as políticas sociais para a intervenção em áreas de maior exclusão.

A cidade foi dividida em nove Distritos Sanitários, correlatos às áreas administrativas da prefeitura (secretarias de administração municipal regional) e cada Distrito foi subdividido hierarquicamente conforme a abrangência dos centros de saúde, das equipes de saúde da família e dos agentes comunitários de saúde (BELO HORIZONTE, 2009).



Essa divisão territorial foi associada ao IVS e organiza o processo de planejamento e estruturação da atenção à população. Cada Distrito Sanitário possui um Grupo de Trabalho de monitoramento do estado de saúde do território de caráter intersectorial que objetiva diagnosticar e acompanhar as ações de vigilância e atenção à saúde, produzindo as recomendações fundamentais para o Plano Municipal, os Planos Distritais e Locais de Saúde.

A sociedade participa do processo de gestão da atenção por intermédio das Comissões Locais de Saúde, que funcionam nas unidades de saúde, das Comissões Distritais de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde. Além disso, sujeitos e coletividades podem tomar parte da gestão mais ampla dos recursos da cidade no Orçamento Participativo.

As Unidades Básicas de Saúde e as equipes de Saúde da Família buscam equilibrar as ações de promoção e atenção à saúde e o atendimento a pacientes agudos e crônicos. Em Belo Horizonte, a busca por este equilíbrio ganhou a forma do projeto “BH-Vida: Saúde Integral”.

Dentro do projeto “BH-Vida: Saúde Integral”, o trabalho centra-se no sujeito usuário e é operacionalizado por meio de linhas de cuidado, organizando de forma sistêmica os níveis de atenção à saúde.

As linhas de cuidado são pactos que envolvem todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais, facilitando o “caminhar” do usuário no sistema de saúde, a garantia da integralidade e o uso adequado e oportuno dos recursos. Convém observar que a rede SUS em Belo Horizonte tem a seguinte composição (BELO HORIZONTE, 2008):

Tipo de unidade	Número de unidades próprias
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	145
Centro de Referência Secundária - Unidade de Referência Secundária (URS) e Policlínica	5
Centro de Especialidades Médicas	4
Centro de Especialidades Odontológicas	3
Centro de Reabilitação Sagrada Família (CREAB)	1
Serviço de Reabilitação - URS Padre Eustáquio	1
Centro Geral de Reabilitação Centro Sul	1
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CERSAT	1
Núcleo de Saúde do Trabalhador Centro Sul	1
Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias	1
Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA	1
Centro de Referência em Saúde Mental - CERSAM	7
Centro de Referência Infanto-juvenil - CERSAMi	1
Centro de Convivência - CV	9
Centro de Referência em Saúde Mental para Usuário de Álcool e Drogas - CERSAM-AD	1
Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais - CRIE	1
Laboratórios Distritais	5
Laboratório Central	1
Laboratório de Bromatologia	1
Laboratório de Zoonoses	1
Centro de Controle de Zoonoses (CCZ)	1
Centrais de Esterilização de Cães e Gatos	2
Unidade Móvel de Castração (UME)	1
Farmácia Distrital	9
Unidade Pronto-Atendimento - UPA**	7
Unidade de Resgate - SAMU	1
Núcleo de Apoio a Reabilitação - NAR	2
Unidade de Ultrassom	1
Núcleo de Cirurgia Ambulatorial	1
Centro Municipal de Oftalmologia	1
Centro de Esterilização	8
Hospitais	1
<b>Total</b>	<b>226</b>

A rede de serviços articula-se intrasetorialmente a partir das unidades básicas de saúde, responsáveis pela gestão dos projetos terapêuticos que serão executados nas linhas de cuidado (MERHY; FRANCO; MAGALHÃES JR., s.d).

Além do movimento contínuo de reorganização dos processos de trabalho de produção do cuidado em saúde, *stricto sensu*, a utilização do Índice de Vulnerabilidade em Saúde e da centralidade do território envolve a articulação do setor saúde aos demais setores de políticas públicas. Em Belo Horizonte, a construção da intersectorialidade centrou-se na estruturação do programa “BH Cidadania”, que tem como eixos básicos: o direito à saúde, o direito à educação, a sociabilidade, a inclusão produtiva e a transferência de renda.

O “BH Cidadania” é coordenado pela Secretaria de Coordenação Municipal das Políticas Sociais e integra as ações das secretarias de Assistência, Abastecimento, Esportes e Direitos de Cidadania, Educação, Saúde e Fundação Municipal de Cultura, atuando com foco na família. A gestão do BH-Cidadania opera nos mesmos níveis de descentralização do SUS-BH, existindo um Colegiado Regional e uma Comissão Local. A Coordenação Regional participa da avaliação do nível político, articula as gerências de políticas e as equipes técnicas; implementa, monitora e acompanha as ações no âmbito regional e local. A Comissão Local avalia as estratégias adotadas, constrói e mobiliza a rede local, executa o plano de ação local pactuado, acompanha a população atendida pelo programa e avalia a implementação do mesmo.

A função do programa é organizar de forma sinérgica as ações já existentes nas políticas públicas municipais, favorecendo a articulação intersectorial e garantindo melhoria do acesso e da qualidade dos serviços prestados à população de áreas socialmente críticas (BELO HORIZONTE, 2010).

Além disso, o BH-Cidadania articula-se ao Orçamento Participativo e ao programa “Vila Viva”, que realiza intervenções urbanas estruturais para a redução de parcela do déficit habitacional, a melhoria e recuperação de um estoque de moradias já existentes através da re-estruturação física e ambiental dos assentamentos, o desenvolvimento social e econômico e a melhoria das condições de vida da população (BELO HORIZONTE, 2010).

Observa-se que os programas e projetos desenvolvidos pelo município integram uma rede de ações estratégicas para a melhoria da qualidade de vida e redução das vulnerabilidades, operando em diferentes níveis de determinação social da saúde: do vínculo com sujeitos e coletividades e as estratégias de educação em saúde próprios das equipes de saúde da família à intervenção de re-estruturação do espaço urbano, passando pela ação sinérgica e participativa das políticas sociais. Desenha-se um modelo de orientação das políticas e ações públicas capaz de intervir em diferentes níveis de determinação (proximal, intermediário e distal). Nesse sentido, poder-se-ia dizer que o município investe na implementação de políticas públicas saudáveis, efetivando a promoção da saúde como modelo de organização do *socius*.

Por fim, merece destaque que os programas e projetos de Belo Horizonte orientam-se e integram o modelo de gestão estratégica municipal, o BH Metas e Resultados, composto por 12 áreas de resultado e 40 projetos sustentadores prioritários. Os projetos sustentadores têm objetivos específicos, população a ser beneficiada, indicadores, prazo definido para sua total implantação e metas físicas, em torno dos quais se estabelece uma rede de trabalho que soma recursos e competências de diferentes setores da sociedade. Para cada Projeto Sustentador, é firmado um Compromisso de Resultado, entre o Prefeito, o titular do órgão responsável, o gerente do projeto e os demais secretários e gestores públicos dos órgãos nele envolvidos com o objetivo de pactuar as responsabilidades pelo alcance de resultados e respectivas metas (BELO HORIZONTE, 2010). Desta maneira, estabelece-se um mecanismo de monitoramento e avaliação da implementação das políticas públicas de melhoria da qualidade de vida adotadas pelo município bem como se criam vínculos de corresponsabilização intersectoriais e mecanismos de participação e controle social transparentes.

Percebe-se que a Promoção da Saúde, feita política nacional do SUS, coloca-nos desafios teóricos e estratégicos na construção de novas práticas e de compromissos públicos em torno da produção da saúde. Desafios que exigem que apreendamos com consistência conceitos que muitas vezes utilizamos de forma natural, como um jargão óbvio dos profissionais da saúde, mas sem a precisão necessária e, principalmente, sem nos aprofundarmos nas consequências metodológicas de seu uso. Por isso é fundamental para a prática da

Promoção da Saúde analisarmos alguns de seus fundamentos como: a equidade, a autonomia, a abordagem territorial, a participação social, a integralidade, a intersectorialidade, as redes sociais e a sustentabilidade.

## 2 Fundamentos para a prática da Promoção da Saúde

### 2.1 Equidade

Sob o aspecto semântico, o significado de equidade está bastante próximo ao da igualdade, podendo algumas vezes ser considerado seu sinônimo. Ambos provêm do mesmo elemento formador, *equ-*, que é um antepositivo (prefixo) vindo do latim *aequus* (*aequitas, aequitatis*), que pode significar unido, justo, imparcial ou favorável (PINHEIRO; WESTPHAL, 2005).

O debate acerca da equidade centra-se na ideia de que todos devem ter a justa oportunidade de obter seu pleno potencial e ninguém deveria ficar em desvantagem de alcançar o seu potencial, se isso pudesse ser evitado. A equidade é concebida como o reconhecimento e a efetivação, com igualdade dos direitos da população, sem restringir o acesso a eles, nem estigmatizar as diferenças que conformam os diversos segmentos que a compõem.

O reconhecimento das diferenças que existem na sociedade é um ponto fundamental para a compreensão do conceito da equidade. As diferenças dos segmentos sociais e de suas formas de viver devem ser manifestadas e respeitadas, sem discriminação, e devem ser criadas condições que favoreçam a extinção das práticas de subordinação ou de preconceito em relação às especificidades políticas, étnicas, religiosas, culturais, de opção sexual, etc.

Nesse sentido, a equidade fortalece a importância do acolhimento para singularidade de cada território e/ou comunidade, afirmando que se deve trabalhar pela extinção de desigualdades injustas e evitáveis no campo da garantia dos direitos fundamentais de cidadania e, ao mesmo tempo, que isso não significa tratar a todos nem a tudo de maneira idêntica.

Numa sociedade como a brasileira, com múltiplos modos de viver e construir a realidade, é fundamental reconhecer que há necessidades distintas e que para respondê-las é preciso oferecer possibilidades de acesso às políticas públicas, às abordagens em saúde e à organização de serviços diferenciados. Ou seja, o significado mais forte de equidade é o estabelecimento de metodologias e abordagens que ofereçam **“a cada um segundo sua necessidade”**, reconhecendo que cada sujeito é um cidadão de direitos, com graus de liberdade e autonomia (CAMPOS, 2006).

Abordar o tema da equidade no contexto do SUS não é tarefa fácil, porque é exigido um aperfeiçoamento contínuo na identificação das desigualdades e das tarefas de gestão necessárias para reduzi-las. Na temática da equidade em saúde, destacam-se duas importantes dimensões: a das desigualdades nas condições de vida e saúde e a das desigualdades no acesso e consumo de serviços de saúde. Ambas as dimensões têm determinantes intra e extrasetoriais, geralmente cumulativos, mas que apresentam mecanismos distintos para sua superação (ALMEIDA, 2000). Ambas demandam a implementação de políticas públi-

cas – sociais e de saúde – e o esforço de toda a sociedade no combate aos mecanismos de reprodução da pobreza e da desigualdade, bem como uma ampla política social igualitária, que tenha alicerce nos princípios de universalidade, solidariedade e eficiência.

Por outro lado, é exigido que as políticas públicas incorporem elementos flexíveis, capazes de permitir a adaptação de suas estratégias e ferramentas às necessidades da população em cada um dos cenários e/ou territórios em que vivem. Assim, por exemplo, é fundamental trabalharmos pela alimentação saudável, porém é necessário conhecermos os hábitos alimentares, as tradições culturais, os alimentos próprios em determinada região e as possibilidades de acesso aos alimentos mais saudáveis de um sujeito ou comunidade a fim de abordar o tema de forma equânime.

Para Whitehead (1990), é necessário compreender, em cada contexto, quais são as condições sociais consideradas desnecessárias, injustas e evitáveis para que todos os sujeitos possam atingir seu potencial integral em saúde. Portanto, trabalhar as equidades em saúde significa criar oportunidades iguais para que todos tenham saúde, o que está intimamente relacionado com a distribuição dos determinantes de saúde na população (renda, habitação, educação e outros).

## **2.2 Autonomia**

Se conforme vimos na análise do conceito de equidade, é necessário reconhecer cada sujeito como um cidadão de direitos que deve ser respeitado em sua singularidade e ouvido quanto às suas necessidades em saúde, torna-se, portanto, fundamental abordar o conceito de autonomia.

Para melhor entender esse conceito, é importante, primeiramente, abandonar a visão filosófica abstrata de um sujeito fechado sobre si mesmo, dedicado a preservar suas próprias ideias, na ilusão de que elas são produtos de um trabalho pessoal, isolado de afirmação de conteúdos internos, independentes de qualquer interposição do meio. A autonomia é, ao contrário, uma condição que se constrói na relação com o outro, ou seja, socialmente à medida que cada um de nós se constitui como sujeito (CASTORIADIS, 1991).

Quando falamos de autonomia, não estamos nos referindo a um processo de escolhas unicamente individuais, a um exercício de vontade puro e simples, posto que todo o tempo estamos imersos numa rede de relações que possibilitam e impedem, libertam e constroem as nossas escolhas e decisões (CAMPOS et al., 2004). Ao contrário da independência, a autonomia é tomada, portanto, como um processo de “coconstituição”, de “coprodução” (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2006).

Nesse sentido, trabalhar com o conceito de autonomia implica reconhecer que os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver e criam possibilidades para satisfazer suas necessidades e interesses envolvem forças políticas, econômicas, afetivas, culturais e sociais existentes num território. E, simultaneamente, obriga afirmar que cada sujeito na relação com o mundo não é (e não deve ser) passivo, ou seja, todos nós reorganizamos constantemente os recursos, saberes e ferramentas disponíveis, transformando a nós mesmos, a nossas relações e ao território em que vivemos (CAMPOS

et al., 2004). A autonomia refere-se, pois, a nossa capacidade em lidar com nossas redes de relações e dependências no mundo (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2006).

Frente à definição da Carta de Ottawa de que promover saúde é fortalecer e ampliar a capacidade de sujeitos e coletividades de identificar, analisar e exercer controle sobre os determinantes sociais da saúde, assegurando a melhoria das condições e da qualidade de vida, pode-se dizer que nosso trabalho deve comprometer-se com a defesa de crescentes graus de autonomia da população, de co-responsabilização pelo cuidado consigo, com os outros e com o mundo (CAMPOS et al., 2004).

Com o foco na ampliação da autonomia, as ações de Promoção da Saúde:

- ratificam que todos os sujeitos são sujeitos do conhecimento, da reflexão e da ação;
- admitem que é preciso mais do que um saber técnico, uma verdade científica ou uma evidência médica para produzir saúde, investindo em saber dos homens por eles mesmos no momento e nas condições em que se encontram;
- investem na defesa dos direitos de cidadania, na garantia de acesso à informação qualificada no âmbito da saúde, na ampliação da capacidade de sujeitos e coletividades compreenderem, avaliarem e utilizarem as informações sobre saúde para redução dos riscos e da vulnerabilidade ao adoecer e para melhoria da qualidade de vida e no fortalecimento da participação cidadã na luta por seus direitos (OMS, 2009a).

## 2.3 Território

Tanto a meta da equidade em saúde quanto à defesa da ampliação da autonomia de sujeitos e coletividades implicam o olhar e a escuta atentos às singularidades dos modos de viver, dos modos de fazer a vida andar. Assim, a Promoção da Saúde tem no conceito de território uma de suas principais questões e o ponto de partida metodológico para a intervenção.

Devemos destacar que o conceito de território tem sido fundamental para a concepção dos sistemas de saúde desde a primeira metade do século XX, possuindo diferentes leituras e embasando distintas formas de intervenção em saúde (MENDES; DONATO, 2003; OLIVEIRA; FURLAN, 2008).

No Brasil do período da República Velha (1889-1930), a partir das descobertas da microbiologia, da inserção do país no capitalismo e da necessidade de combate às epidemias, entre outros fatores, o território era alvo das intervenções normativas do “Higienismo Campanhista”. O território foi compreendido somente como o ambiente onde agente-hospedeiro se encontram (OLIVEIRA; FURLAN, 2008).

Na década de 1960, com o conceito de dano e a proposta de planejamento elaborado pelo CENDES/OPS, recoloca-se a questão do território, como espaço sobre o qual se intervirá para monitorar e controlar fenômenos que ameaçam a saúde (idem).



Nos anos 1970 e 1980, com a ampliação do conceito de saúde e o acúmulo do conhecimento sobre a produção social da saúde, produz-se a necessidade de compreender os processos de territorialização noutra perspectiva, afirmando o território como espaço geopolítico, espaço em construção e desconstrução contínuas (idem).

O território passa de quadro estático, em que a vida ocorre, para espaço em que um conjunto de saberes, poderes, necessidades, desejos, valores, interesses e discursos se organizam e reorganizam de maneira específica. Temos, então, um território-processo que se faz na tensão entre as determinações locais e as determinações gerais (idem).

Às determinações locais, Milton Santos chama de domínio das horizontalidades e, às determinações gerais, denomina verticalidades:

As horizontalidades serão os domínios da contigüidade, daqueles lugares vizinhos reunidos por uma continuidade territorial, enquanto as verticalidades seriam formadas por pontos distantes uns dos outros, ligados por todas as formas e processos sociais (SANTOS, 2005, p. 139).

Assim, o território é sinônimo de espaço humano, espaço em que se articulam pela ação humana lugares próximos e lugares distantes organizados em rede, onde acontecem de forma dialética duas formas de controle: local (parte técnica da produção, saber cotidiano, domínio horizontal) e remoto (parte política da produção, normas de ordem global, domínio das verticalidades) (SANTOS, 2005).

A compreensão de que no território se encontram e articulam continuamente saberes e poderes locais e globais fornece-nos importantes elementos para analisar e delinear intervenções nos processos sociais de determinação da saúde, exigindo que tenhamos um conhecimento sistemático da realidade dos territórios em que trabalhamos.

Conhecer o território implica mergulhar nele, comprometer-se em rever e analisar a sua realidade de dentro, interrogando os modos de organização da vida nesse espaço (idem). Tal processo de apropriação envolverá a articulação de duas estratégias: a elaboração de “mapas” e a “escuta”.

Os mapas são:

compostos pela sobreposição dos chamados perfis: físico/barreiras/circulação, socioeconômico, sanitário (diagnóstico das condições de saúde: distribuição da morbimortalidade, condições de moradia e de saneamento), demográfico, rede social normativa (listas de equipamentos sociais como escolas, creches, serviços de saúde, instituições religiosas, instituições de apoio social, comércios, etc.), perfil das lideranças comunitárias e organizações associativas, cultural, lazer, etc. (OLIVEIRA; FURLAN, 2008, p. 251-252).

A “escuta” é o movimento de acolhimento dos sujeitos e coletividades em todos os aspectos e fatores que constroem suas vidas, movimento que auxilia a reconstruir as correlações que eles estabelecem consigo, entre si e com o mundo (BRASIL, 2009). No

processo de escuta, apreendemos a história dos sujeitos e do seu território através de seu olhar, saber e sentir, aproximando-nos dos significados da realidade de dentro, como pede Milton Santos.

A integração dos “mapas” e do conteúdo da “escuta” permitirá que organizemos com sujeitos e coletividades estratégias mais efetivas na melhoria da qualidade de vida e na produção da saúde, pois poderemos, simultaneamente, compreender melhor a complexidade do território e participar do seu permanente processo de reconstrução, de redefinição e de transformação.

## 2.4 Participação social

Todos os sentidos da abordagem territorial trazidos até aqui parecem evidenciar a necessidade da compreensão da complexidade do processo da participação de diferentes atores no espaço geográfico. Trata-se da participação social, na qual interagem os atores institucionais, sejam da esfera pública ou privada, atores organizados em torno de interesses ou entidades e associações, sujeitos e lideranças, parlamentares e outras autoridades. As formas de participação podem ser: a) institucionalizadas, em Conselhos; e b) não institucionalizadas, em fóruns participativos. Essas participações deverão sempre levar em conta as dimensões da negociação, da informação, da avaliação e do monitoramento. Exemplos desses últimos seriam a criação de Comitês de Saúde ou Conselhos de Gestão de Políticas Locais.

Juntos, esses diferentes atores intervêm na identificação de necessidades e problemas comuns e se unem para desenhar e propor, na prática, as soluções ou ações, fortalecendo a relação comunidade/instituição e uma gestão participativa. Os modelos de cogestão, que já são resultados de transformações no papel dos Estados e das sociedades, acabam também por reorientar esses papéis, dinamizando a elaboração das políticas públicas e maximizando seus efeitos por meio do manejo e resolução dos conflitos via negociação.

Três questões devem ser observadas:

- i) À medida que os processos de corresponsabilidade vão sendo delineados, a gestão pública passa a ser considerada um espaço de deliberar e negociar, tornando fundamental o aprendizado do procedimento da negociação. E aqui os desafios que se apresentam são inúmeros. A negociação não é um simples evento para se chegar a um acordo. Constitui-se um processo dinâmico em que se expressam a complexidade e a possibilidade de aproveitar a divergência. Vão sendo gerados produtos ou resultados, mas o acordo que se estabelece não é estático. Por isso, esse processo renova-se constantemente, assim como devem se renovar permanentemente as capacidades e habilidades de todos os envolvidos. Frequentemente, a participação acaba apenas por referendar as propostas de governo. Daí a responsabilidade do poder público ao criar esses canais de participação, de prever mecanismos e dinâmicas que os transformem em espaços de aprendizagem, de conhecimento e de ampliação da cidadania. Assim, os atores sociais podem se tornar, de fato, protagonistas na definição das políticas públicas.

- ii) Outra dimensão, colocada na gestão compartilhada, refere-se ao controle, ao acompanhamento e à manutenção dos acordos, que são responsabilidades que devem ser estabelecidas pelos diferentes atores sociais. A continuidade das ações é indispensável para determinar o caminho, identificar os entraves e as soluções para as ações estabelecidas ou mesmo redefini-las para alcançar metas de interesse geral. O preparo das equipes e de membros das comunidades locais em metodologias de monitoramento e avaliação de ações tem sido insuficiente para dar cabo de uma tarefa tão complexa. Em geral, não se considera que também essa dimensão deve estar incluída no processo de negociação. É preciso que os envolvidos se disponham a fazer uma autoavaliação e se avaliem mutuamente. Reside aí um aspecto bastante importante, usualmente relatado em projetos que envolvem parcerias entre o poder público e as organizações da sociedade civil.
  
- iii) Pode-se afirmar, ainda, que uns dos desafios do processo de participação na gestão pública são a produção, organização e o acesso pleno à informação. Essa é a base para se viabilizar a participação efetiva e é indispensável desde o início do processo, visto que torna transparente a interação pretendida entre os diversos atores sociais. É a informação que possibilita uma visão das realidades locais, das articulações entre as políticas públicas, da destinação de recursos, das decisões de governo, dos direitos. Enfim, é ela que permite o estabelecimento dos nexos existentes e deve ser suficiente para subsidiar o processo decisório.

Mesmo que se reconheça que os conflitos e dificuldades podem ser restritivos aos processos de mudança social, não se pode desconsiderar que as experiências aprendidas em relação à participação social nas três últimas décadas trazem elementos para várias reconstruções, entre elas, o conceito de democracia, de cidadania, de sujeito. Com isso, revalorizam-se o princípio de comunidade e, com ele, a ideia de subjetividade, igualdade, autonomia e solidariedade. Não se pode desconsiderar também que o momento atual parece propício para a proposição de novas práticas e criação de espaços de integração entre diversos atores. Isso implica estabelecer, contudo, compromissos de interesse público, redefinir o papel do Estado e da sociedade frente ao estabelecimento de políticas sociais, definir fóruns participativos e pactuados que sejam expressivos da diversidade de interesses e necessidades sociais.

## **2.5 Integralidade**

Quando falamos de integralidade, a primeira ideia que vem à mente de qualquer trabalhador do SUS é aquela que se refere à diretriz básica do sistema de saúde conforme expresso no texto constitucional. Assim, rapidamente evocamos a concepção de integralidade como atendimento integral às necessidades em saúde da população por meio de políticas sociais e econômicas que articulem promoção, proteção e recuperação da saúde nas práticas de atenção, nos princípios da gestão e na organização das políticas de saúde (BRASIL, 1988).

No entanto, para compreender a integralidade como ferramenta produtora de uma melhor qualidade na gestão e organização do cuidado somos convidados a ampliar nosso olhar e o uso que fazemos desse conceito.

Um dos aspectos que precisamos agregar para o entendimento da integralidade provém da medicina integral e remete-nos à adoção de uma atitude que não reduza o sujeito usuário dos serviços de saúde a um sistema biológico disfuncional que produz o seu sofrimento ou queixa (MATTOS, 2001). Trata-se de sair dos limites de uma racionalidade centrada na medicina anátomo-patológica, adotando a integralidade como valor que se apresenta no modo como o profissional de saúde se relaciona com o sujeito que o procura ou com a comunidade em que trabalha.

A atitude do profissional de saúde deve “reconhecer, para além das demandas explícitas relacionadas a uma experiência de sofrimento, as necessidades de ações de saúde” (MATTOS, 2001, p. 50), como aquelas vinculadas ao desejo por uma conversa, à redução dos fatores de risco ou à angústia pela ausência de trabalho.

Afirmar a integralidade como atitude na relação com o outro, marcada por uma escuta atenta e pelo acolhimento dos sujeitos para além da doença, é importante, mas não suficiente. Entendida como valor expresso na ação individual de determinado profissional de saúde, a integralidade corre o risco de integrar-se a uma série de características de “personalidade”, individualizando-se e pessoalizando-se. “Com efeito, se é verdade que a postura dos profissionais é algo fundamental para a integralidade, em muitas situações a integralidade só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho” (MATTOS, 2001, p. 51).

Nessa direção, a integralidade agrega outro sentido, fazendo-se princípio de um modo de organizar o processo de trabalho nos serviços de saúde. Tal sentido remete-nos à maior proximidade das equipes de saúde dos seus territórios de responsabilidade, a qual concretiza e explicita o conceito ampliado de saúde e a intrincada rede de determinantes sociais que operam no processo de saúde-adoecimento.

A abordagem de sujeitos e coletividades e a gestão do trabalho para fazê-la exigem a composição horizontal de saberes e práticas. Assim, os serviços e equipes de saúde precisam, ao mesmo tempo:

- identificar e organizar respostas para as necessidades em saúde da população apreendidas pela análise de situação de saúde do território – perfil epidemiológico, fatores de risco à saúde –, mapeando os grupos com características específicas de vulnerabilidade, estabelecendo prioridades programáticas e desenvolvendo ações coletivas de saúde;
- efetivar ações assistenciais dirigidas ao sofrimento agudo e não “previsto”, acolhendo a demanda espontânea e usando-a como oportunidade de apreender e compreender as necessidades em saúde que escapam às elaborações técnicas de base epidemiológica (MATTOS, 2001).

Articular dialética e sinergicamente os dois movimentos acima é, sem dúvida, uma proposta difícil. Porém, é o caminho para assegurar a efetividade das ações de produção da saúde à medida que permite re-estruturação contínua dos serviços e equipes de saúde com o foco nas mudanças dos modos de viver e das necessidades em saúde de um território.

Compreender que “a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo” (MATTOS, 2001, p. 61) exige a criação de espaços coletivos de diálogo para construção do conhecimento e do processo de trabalho (tanto entre profissionais de saúde quanto entre estes e a população). Enfatiza-se também que a gestão dos serviços e a capacitação das equipes deveriam centrar-se num processo crescente de alargamento da capacidade de escutar e atender às necessidades em saúde, sejam elas “a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida [...], a procura por um vínculo (a) efetivo com algum profissional, a necessidade de maior autonomia no modo de andar a vida ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida” (CECILIO, 2001, p. 116).

Por outro lado, é fundamental reconhecer que a integralidade da atenção à saúde da população não se concretiza plenamente no interior de um único serviço de saúde nem do sistema de saúde, uma vez que as necessidades em saúde envolvem a melhoria das condições de vida e a intervenção em determinantes sociais da saúde que extrapolam a governabilidade e o encargo social do setor sanitário. Assim, emerge a perspectiva de que há uma dimensão da integralidade que se estabelece pela composição de uma rede solidária e intersetorial de políticas, serviços e profissionais (CECILIO, 2001).

## 2.6 Intersetorialidade

De todos os fundamentos da Promoção da Saúde que abordamos até aqui, a interseccionalidade é aquele que mais radicalmente nos remete à ação, ao modo de gestão das políticas e iniciativas de melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente, de intervenção nos diferentes níveis de determinação social da saúde. Ocorre que a interseccionalidade é mais que um conceito, é uma prática social que vem sendo construída a partir da insatisfação com limites da organização setorial na abordagem dos fenômenos complexos de nossa sociedade (MENDES; AKERMAN, 2007).

O investimento de diferentes setores da sociedade e das políticas públicas em manter a rigidez da relação: problemas complexos/ respostas setoriais/ saberes e práticas fragmentados tem nos levado a desperdício de recursos, iatrogenias e baixa efetividade na garantia dos direitos de cidadania. Nesse sentido, a interseccionalidade apresenta-se como a “articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, como saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos” (MOYSÉS et al., 2004, p. 630). A potência transformadora da forma interseccional de trabalhar, de construir e implementar políticas encontra-se, portanto, na oportunidade de construir novas sínteses de conhecimento e novas estratégias de ação por meio do diálogo (MENDES; AKERMAN, 2007).

No entanto, convém sublinhar que a interseccionalidade não é um fim em si mesma nem acontece com a simples reunião de ações setoriais específicas. A interseccionalidade exige um processo sistemático de articulação, planejamento e coordenação entre os diferentes setores da sociedade em torno de um projeto territorial comum, do qual todos sejam corresponsáveis, gestores (idem).

Assim, a ação interseccional para existir “demanda um amplo processo de inclusão para a apreensão e transformação da realidade, isso necessariamente significa [...] o esta-

belecimento de relações horizontais” (idem, p. 97). Ou seja, a construção da intersectorialidade implica a explicitação das relações de poder entre os distintos atores e organizações sociais, exigindo processos de concertação / pactuação e não se isentando de conflitos, contradições e problemas (MENDES; AKERMAN, 2007; MOYSES et al., 2004).

Nesse processo, cabe aos gestores da administração pública e aos profissionais que trabalham com as políticas públicas nos diferentes territórios exercerem o papel de articuladores, mobilizadores e catalisadores, para que os efeitos das políticas públicas sejam potencializados.

A “interdependência das políticas setoriais se faz notar quando se atua a partir de territórios específicos, pois ele registra o mesmo espaço, as mesmas pessoas, a mesma realidade em questão. A totalidade do cotidiano vem à tona e exige da ação governamental ações igualmente totalizantes” (KOGA, 2003, p. 242).

A mudança que a gestão intersectorial produz na metodologia de abordagem dos territórios, expressa por um trajeto metodológico que faça a leitura crítica do território, a inclusão da pluralidade dos atores e o enfrentamento das práticas e dos saberes fragmentados; é a abertura para a melhoria da gestão local. A gestão intersectorial apresenta ao gestor local as oportunidades para consolidar sujeitos políticos locais e contribuir para o desenvolvimento de uma cultura política democrática, mediante a implementação de políticas públicas comprometidas com o desenvolvimento humano sustentável. (FERNANDEZ; MENDES, 2007).

São vários os espaços de articulação desses atores sociais (fóruns, painéis, conselhos, oficinas de trabalho, grupos temáticos, jurados, etc., ou mesmo espaços informais de articulação), com distintos modos de formalizar sua interação (alianças, consórcios, acordos, convênios, contratos, etc.).

## 2.7 Redes sociais

O conceito de redes vem ganhando espaço e importância entre diversos atores sociais e políticos preocupados com a gestão pública. A palavra rede tem origem no latim *retis* e significa entrelaçamento de fios com aberturas regulares que formam uma espécie de tecido. A partir dessa noção de malha e estrutura reticulada, a palavra rede foi ganhando novos significados ao longo dos tempos, passando a ser empregada em diferentes situações. Daremos destaque aqui à abordagem das redes associativistas.

As redes associativistas têm o intuito de refletir e colocar em prática processos de articulação mais horizontalizados, que pressupõem a identificação de sujeitos coletivos que se unem em torno de valores, objetivos e projetos comuns. As redes, nessa visão, têm sido empregadas pelos atores coletivos dos movimentos sociais como uma possibilidade de responder às demandas de flexibilidade, conectividade e descentralização das esferas contemporâneas de atuação e articulação social. Essa noção de rede diz respeito a uma nova forma de organização e de ação, que decorre da associação de pessoas ou entidades para realizar determinado objetivo, tendo como ideário “uma nova visão do processo de mudança social

– que considera fundamental a participação cidadã – e a forma de organização dos atores sociais para conduzir esse processo” (SCHERER-WARREN, 1999, p. 24). Assim, uma rede é constituída para potencializar as ações de pessoas ou entidades. Há entendimentos acerca das redes, no que diz respeito à emancipação de sujeitos, que, a partir de certa tomada de consciência com relação às suas inserções em redes, descobrem novas potencialidades para o enfrentamento de problemas e situações diversas.

Nas últimas décadas surgiram em todo o mundo, nos campos da economia, política e cultura, inúmeras redes e organizações na esfera da sociedade civil, lutando pela promoção das liberdades públicas e privadas eticamente exercidas, constituindo-se em setor público não estatal. São redes e organizações feministas, ecológicas, movimentos na área de educação, saúde, moradia, o Fórum Social Mundial e muitos outros. Eles propõem para o mercado e para o Estado transformações nas relações desiguais existentes na sociedade. Há, ainda, redes de apoio social em que grupos se agregam para dar apoio às populações jovens, idosas e outros. É uma ação de estreitar vínculos pré-existentes para apoiar grupos ou pessoas que momentaneamente têm um problema a enfrentar.

Neste e em outros casos, as redes são entendidas como uma possibilidade para o estabelecimento de relações mais horizontalizadas entre atores ou como estratégia para o “arejamento” de estruturas de caráter mais vertical ou piramidal. O exercício da liberdade, responsabilidade, democratização da informação, que a lógica horizontal de redes desenvolve, ajuda a reflexão dos participantes sobre os padrões de dominação, competição, autoritarismo e manipulação que a cultura do mundo atual introjeta em todas as pessoas. A rede é uma forma, portanto, de poder conjunto de todos que a integram e só é efetivamente poder se este não se concentrar em nenhum membro em particular, ou seja, se todos estiverem dispostos a ceder informações e poder aos demais. Uma rede pode interligar tanto unicamente pessoas como unicamente entidades, como pessoas e entidades. A interligação em redes é estabelecida a partir da identificação de objetivos comuns e/ou complementares, cuja realização se potencializa a partir da reunião de esforços de diferentes instituições ou pessoas (WHITAKER, 2002).

Outra conotação de redes, também importante na perspectiva da Promoção da Saúde, é a de “estruturas de comunicação”, decorrentes do uso de novas tecnologias que facilitam cada vez mais a circulação de informações. Segundo Castells (1999), as novas tecnologias da informação estão integrando o mundo em redes globais de instrumentalidade. A comunicação mediada por computadores gera uma gama enorme de comunidades virtuais. As atuais possibilidades oferecidas pela informática – na rapidez da comunicação e na estocagem da informação – podem ampliar a eficácia das redes constituídas com objetivos específicos, assim como lhes assegurar efetivamente plena liberdade de circulação de informações. Uma rede de entidade ou de pessoas pode ter como apoio a rede de comunicação via internet.

## **2.8 Sustentabilidade**

Podemos iniciar este diálogo questionando o próprio termo sustentabilidade quando referido aos projetos de políticas públicas em geral e, nesse caso em particular, às iniciativas

de Promoção da Saúde. Trata-se de uma palavra de sentido polissêmico e tem sido relacionada aos princípios do desenvolvimento sustentável como um grande desafio do nosso tempo: “de criar comunidades sustentáveis onde podemos satisfazer as nossas necessidades e aspirações sem diminuir as chances das gerações futuras” (CAPRA, 1996, p. 24).

A formulação e a implementação de políticas sociais, em vários países, vêm sendo acompanhadas por uma preocupação em relação à avaliação da sustentabilidade dos processos, em outro sentido: saber se elas “sobreviverão” à transição dos governos que se sucedem periodicamente; saber se há possibilidade de continuar a obter recursos para o desenvolvimento das ações; saber se as ações empreendidas consolidam-se de modo a produzir mudanças significativas nas condições de vida da população; e, finalmente, saber se essas iniciativas podem manter os seus efeitos por um longo período.

A sustentabilidade relacionada às políticas de Promoção da Saúde é especialmente importante tendo em vista que as iniciativas dessa área dirigem-se a questões de natureza complexa, envolvendo processos de transformação coletivos, com impactos a médio e longo prazo. Coerentemente com os outros princípios aqui enfocados, a sustentabilidade em Promoção da Saúde envolve também os aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais e ambientais.

O que nos parece mais relevante é assinalar que a sustentabilidade deve estar referida a um complexo sistema de relações, que envolvem atores e instituições na busca de soluções mais amplas e duradouras, e observar com mais atenção o conceito em relação aos arranjos societários que vão se estabelecendo e que podem permitir a longevidade das iniciativas. Menos do que um conceito, essa perspectiva aponta para questões básicas: de continuidade, manutenção, durabilidade, considerando o porquê, para quê e com quem. É importante, portanto, refletir sempre sobre a sustentabilidade dos projetos, ações e políticas, transformando-a em ponto permanente de pauta para gestores, formuladores de políticas e outros atores urbanos. Essa perspectiva aponta a necessidade de buscar caminhos articulados e de construir novas institucionalidades que ganhem potência e qualidade para enfrentar eficazmente os desafios da contemporaneidade, permeados que são de muita complexidade. Complexidade é, aqui, entendida como um atributo de múltipla determinação, histórico e contextualizado, e não uma impossibilidade, dificuldade ou complicação.

Esse entendimento reforça a ideia de que há de se investir na construção de uma participação social informada e solidária de grande importância, em que haja clareza sobre as limitações físico-orçamentárias da gestão e certeza sobre a coautoria, ou cogestão nas experiências ou iniciativas bem-sucedidas. A abertura à participação, portanto, é tão importante quanto desenvolver uma sistemática de leitura do território e das necessidades locais ou inovar na busca de ações integradas. Um modelo de atuação dessa natureza diversa e plural pode agregar mais crítica, qualidade e pertinência às ações e políticas, o que, por si só, confirma a sustentabilidade destas e, também, com essas mesmas características, e envolto pela ideia do compartilhamento de responsabilidade e de poder, aproxima-se e vincula-se mais à noção de política pública, ao mesmo tempo em que se afasta da disputa partidária, na qual as ameaças à sustentabilidade se ampliam.





Conheça as experiências exitosas de implementação dos fundamentos da Promoção da Saúde no SUS, acesse:

Anais do I Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/anais\\_1\\_seminario\\_politica\\_nacional\\_promocao\\_saude.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/anais_1_seminario_politica_nacional_promocao_saude.pdf)>

b) Anais da 7ª, 8ª e 9ª EXPOEPI - Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=1499](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1499)>

c) Revista Brasileira Saúde da Família, ano VII, n. 11, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/publicacoes.php>>

## 3 Processo de trabalho no SUS para produzir saúde: o olhar da Promoção da Saúde

### 3.1 Instrumentos formais de gestão

Pensar e organizar a produção da saúde a partir do SUS implica, antes de tudo, conhecer sua legislação e instrumentos básicos de planejamento e gestão.

A Lei n. 8.080/1990 estabelece que se realize no SUS um planejamento estratégico ascendente para fixar prioridades, atividades e alocação orçamentária, garantindo a compatibilidade entre recursos disponíveis e necessidades em saúde, a unicidade do sistema e o respeito às peculiaridades de cada região do país. No seu artigo 36, a Lei n. 8.080/1990 estabelece que “os planos de saúde serão a base das atividades e programações” de cada nível de gestão do sistema.

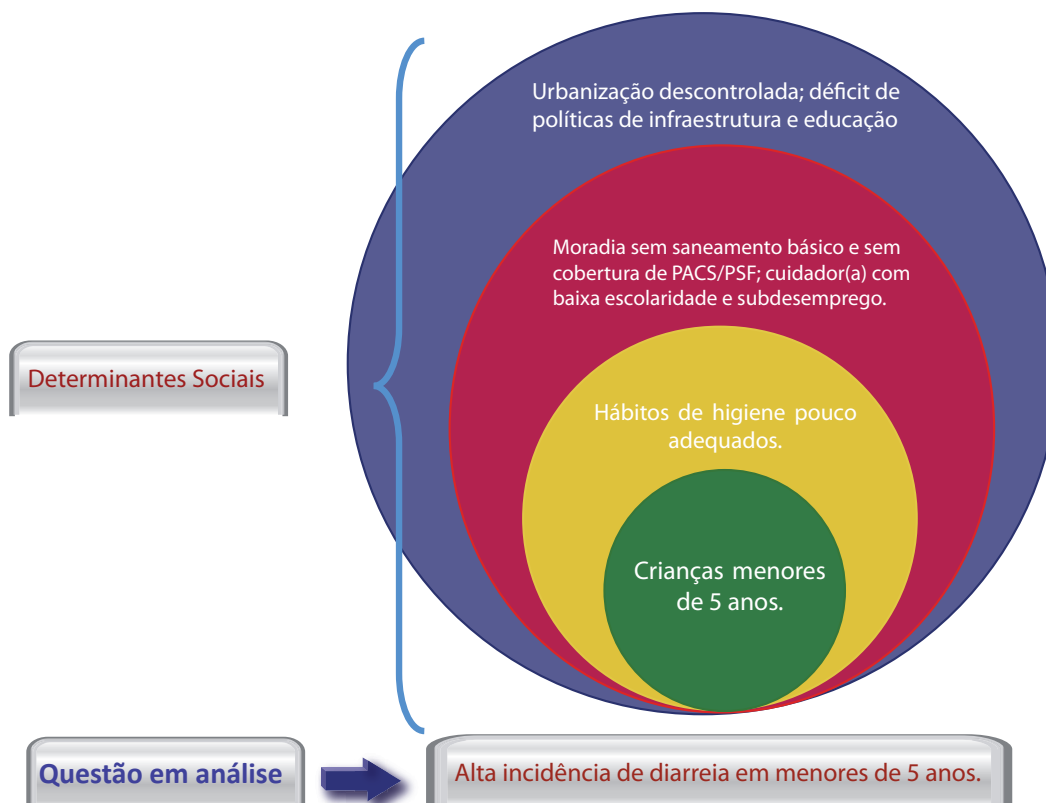
O Plano de Saúde é, resumidamente, o instrumento que expressará as prioridades, intenções, compromissos e resultados buscados por cada esfera de gestão num período de quatro anos. Para sua elaboração é necessário:

- identificar os problemas de saúde de um território;
- identificar os determinantes sociais da saúde que compõem os problemas identificados e priorizados;
- estabelecer as estratégias de intervenção para a produção da saúde e os seus responsáveis;
- definir formas de monitorar e avaliar a execução do plano de saúde elaborado.

Parte-se, portanto, da análise dos problemas mais relevantes para a qualidade de vida e a produção da saúde e de seus fatores determinantes e condicionantes para formular

objetivos, diretrizes e metas para a rede de serviços de saúde do nível de gestão correspondente (BRASIL, 2006).

Observa-se que a perspectiva de Promoção da Saúde e seus fundamentos estão em “sintonia fina”, como preconizado na legislação do SUS, e podem colaborar muito para a precisão dos processos de planejamento da produção da saúde. Retomemos a figura adaptada de Dahlgren e Whitehead (1991), para exemplificar nossa abordagem:



Adaptado de Dahlgren e Whitehead (1991).

A partir da definição de uma questão (problema a ser priorizado), identificamos, conforme os níveis de proximidade, alguns de seus determinantes e, por conseguinte, verificamos os pontos que merecem nossa atenção para a melhoria da qualidade de vida das crianças e redução da incidência de diarreia nesse território.

Ao mesmo tempo, também foi possível visualizar que, para cada um dos níveis de determinação social, são necessárias estratégias e a influência de níveis de ação de governo com ou sem parceria com outros setores de atividade específicos, ou seja, podemos intervir de forma mais ou menos direta para a produção de saúde de acordo com o tipo de problema e seus determinantes.

Pensando na formulação de estratégias de intervenção para solucionar a questão em análise de nossa figura que pudessem integrar um Plano de Saúde, teríamos:

Questão em Análise: alto índice de diarreia em menores de 5 anos		
Determinantes	Objetivo	Diretrizes
Hábitos de higiene pouco adequados.	Efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS, fortalecendo o atendimento integral e criando estratégias de articulação intersetorial.	Expansão da atenção básica. Expansão das equipes de saúde da família vinculadas ao Programa Saúde nas Escolas. Criação de mecanismos de gestão participativa nas unidades de atenção básica. Estabelecimento de instâncias intersetoriais de planejamento nos territórios e/ou no Estado, município, região de saúde. Promoção de redes sociais de apoio.
Moradia sem saneamento básico, sem cobertura de PACS/PSF, cuidador(a) com baixa escolaridade e subemprego.		
Urbanização descontrolada, déficit de políticas de infraestrutura e educação.	Repolitizar a saúde, retomando o Movimento da Reforma Sanitária, a fim de aproximá-la dos desafios contemporâneos das políticas públicas.	Promoção de estratégias de mobilização social pelos direitos de cidadania. Estabelecimento de diálogo com a sociedade para além dos limites institucionais do SUS. Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais de melhoria da qualidade de vida. Fortalecimento dos conselhos de saúde. Mobilização dos conselhos de políticas públicas para melhoria dos determinantes sociais da saúde e redução das iniquidades.

O Plano de Saúde, bem como a Programação Anual de Saúde, que assegura o seu desenvolvimento, operacionalizando-o por meio de ações, metas, indicadores, responsáveis e orçamento para um prazo menor, são mecanismos que podem parecer distantes de cada equipe e/ou território de saúde. No entanto, é neles e na coerência técnica que guardam com os instrumentos específicos do Pacto Pela Saúde, como o Termo de Compromisso de Gestão, o Plano Diretor de Regionalização, o Plano Diretor de Investimentos e os indicadores consensuados no Pacto Pela Vida, que reside a possibilidade de operarmos o conceito ampliado de saúde, produzindo melhoria da qualidade de vida.

Convém destacar que os instrumentos de organização do SUS para a produção da saúde têm como um de seus componentes essenciais a regionalização. O processo de regionalização vincula-se à garantia do direito à saúde com a redução da desigualdade social, a promoção da equidade e a adequação das práticas sanitárias às necessidades em saúde da população.

O SUS tem trabalhado na construção e aperfeiçoamento das propostas de organização da regionalização e dos serviços de saúde, para assegurar a integralidade do cuidado em saúde e a melhoria de sua qualidade diante dos novos desafios epidemiológicos e demográficos de nossa sociedade. Aqui, vamos abordar uma das formas de pensar tal processo, que consideramos coerente com os fundamentos de Promoção da Saúde e sua sinergia com as demais políticas de saúde: a Rede Integrada de Atenção à Saúde.

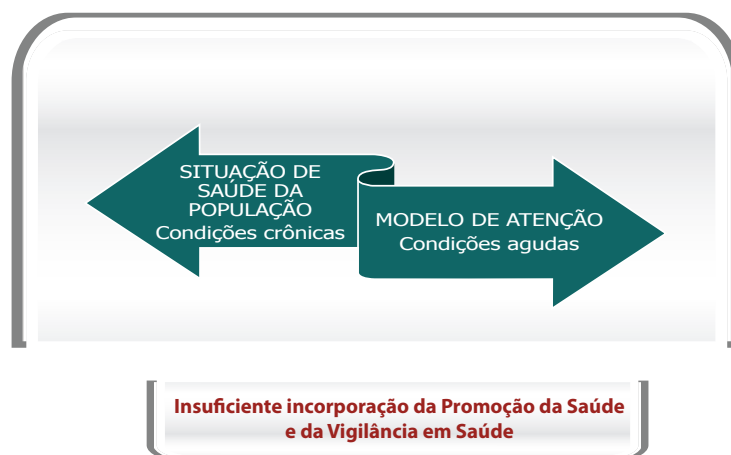
### 3.2 Rede Integrada de Atenção à Saúde: organizando o processo de trabalho

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde afirmam que os três níveis de gestão do SUS têm quatro atribuições centrais:

- Identificar fatores condicionantes e determinantes da saúde
- Formular política de saúde para garantir redução do adoecer
- Universalidade de acesso
- Integralidade no cuidado à saúde

Estas atribuições compõem um enorme desafio e, ao mesmo tempo, estabelecem uma linha de pensamento para estruturar o planejamento e a avaliação das estratégias em saúde.

As transições demográfica, epidemiológica e nutricional e o expressivo impacto de condições crônicas na vida das pessoas colocam a gestão frente ao desafio de fazer a coordenação de um sistema de saúde e a organização de um modelo de atenção à saúde que sejam efetivos na abordagem tanto de situações de sofrimento agudo, quanto de modos de viver que incorporem doenças crônicas. Infelizmente, ainda não podemos afirmar que o SUS esteja completamente ciente e pronto para gerenciar este desafio. Muitas vezes, a análise da situação de saúde da população e a organização da atenção caminham em direções distintas, incorporando pouco as ferramentas da promoção da saúde e da vigilância em saúde.



Fonte: Souza, 2009.

Pode-se afirmar, então, que um dos grandes, senão o maior, dos desafios do SUS hoje é aproximar o planejamento às necessidades e situações de saúde dos diferentes territórios, considerando a integralidade do cuidado e os determinantes sociais da saúde.

Na tentativa de encontrar um arranjo organizacional que aborde a complexidade da realidade socio sanitária brasileira, propõe-se o estabelecimento de Redes Integradas de Atenção à Saúde.

A estruturação de redes como suporte organizacional às políticas públicas tem se apresentado no contexto dos *Welfare States* [Estados de Bem-Estar Social], desde o início da década de noventa, como um novo paradigma da organização administrativa do Estado [...], buscando desenvolver estratégias e instrumentos de promoção e sustentação de interdependências e compartilhamento de recursos no interior de sistemas de proteção social (OUVERNEY, 2008, p. 13-14).

Segundo Inojosa (2008), o modelo de redes foi adotado por estruturas organizacionais à medida que os modos de produção baseados nos pressupostos do taylorismo e do fordismo (fragmentação dos processos de trabalho) tornaram-se insuficientes para responder às necessidades e à arquitetura das relações no mundo contemporâneo.

No campo das políticas públicas, comprometido com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de bens e serviços vinculados aos direitos de cidadania, o emprego do modelo de redes possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação.

As Redes Integradas de Atenção à Saúde:

são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde, vinculadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada – e com responsabilidades sanitária e econômica por essa população (MENDES, 2008. p. 8).

Observa-se que a Rede Integrada, coordenada pela Atenção Primária à Saúde, centra-se na análise da situação de saúde e no planejamento de estratégias centrados na realidade dos territórios, com o foco na integração dos planos de ação em saúde que neles ocorrem simultaneamente.

### Planos de Ação no Território Integrado de Responsabilidade



No entanto, uma Rede Integrada de Atenção à Saúde não é um arranjo policêntrico simples, posto que sua estruturação não se garante adequadamente pela reunião cooperativa de organizações e sujeitos com um projeto comum (OUVERNEY, 2008). A constituição de uma Rede Integrada de Atenção à Saúde exige instrumentos capazes de combinar, explorar e potencializar os múltiplos saberes e práticas aportados por cada um de seus atores. Assim, é fundamental a institucionalização de mecanismos de integração que, aqui, denominamos de “vasos comunicantes” e “estratégias de articulação” (MORAIS NETO; CASTRO, 2008).

Compõem o grupo dos chamados de “vasos comunicantes”: as linhas de cuidado integral; a longitudinalidade da atenção à saúde; a articulação intersetorial de políticas pú-

blicas e a ampliação da autonomia da população. São do grupo das “estratégias de articulação”: a análise de situação de saúde; a interoperabilidade entre os vários sistemas de informação; a existência de complexos reguladores; as ações de educação permanente e de educação popular em saúde e o planejamento participativo. Para que ambos os grupos de ferramentas de gestão funcionem, operacionalizando de fato a Rede Integrada de Atenção, pressupõe-se a ampliação da governança, ou seja, da capacidade de ação pública na implantação das políticas e na consecução de metas coletivas, incluindo o conjunto dos mecanismos e procedimentos necessários para lidar com a dimensão participativa e plural da sociedade. A governança das Redes Integradas de Atenção é entendida como capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede (BRASIL, 2008).

No sentido de facilitar a governança e trabalhar na garantia da integralidade do cuidado, foi publicada a Portaria n. 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009. A Portaria estabelece as diretrizes de execução da Vigilância em Saúde no SUS, definindo como seu objetivo:

a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

É fundamental destacar que, na Portaria n. 3252/GM/MS, ratifica-se o compromisso com as Redes Integradas de Atenção, bem como se define uma série de diretrizes para a integração da Vigilância em Saúde à Atenção Primária à Saúde:

Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias, tendo por diretrizes:

- I - compatibilização dos territórios de atuação das equipes, com a gradativa inserção das ações de Vigilância em Saúde nas práticas das equipes de Saúde da Família;
- II - planejamento e programação integrados das ações individuais e coletivas;
- III - monitoramento e avaliação integrada;
- IV - reestruturação dos processos de trabalho com a utilização de dispositivos e metodologias que favoreçam a integração da vigilância, prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde, tais como linhas de cuidado, clínica ampliada, apoio matricial, projetos terapêuticos, protocolos e entre outros; e
- V - educação permanente dos profissionais de saúde, com abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão. (MS, 2009).

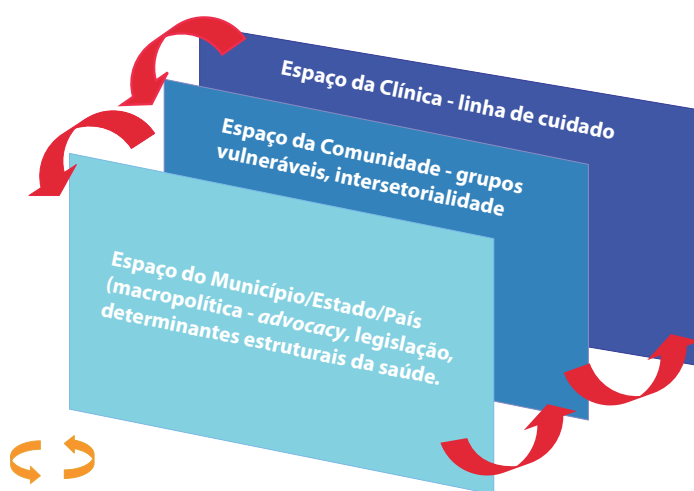
A Portaria n. 3.252/GM/MS salienta que a viabilidade e a maior resolubilidade das intervenções de saúde a partir da organização em Redes de Atenção Integrada exigem mecanismos de articulação entre os planos de ação nos territórios e defende a implementação de apoio matricial para a gestão do trabalho em saúde. O apoio matricial assegurará a retaguarda especializada e o suporte técnico-pedagógico às equipes e profissionais da saúde.

Nessa direção, a Vigilância em Saúde e a Promoção da Saúde, como uma de suas atribuições no SUS, operarão matricialmente nas Redes Integradas de Saúde, tendo as seguintes atribuições mínimas:

- I - análise da situação de saúde dos territórios locais/regionais, incluindo análise de tendência, fatores condicionantes e determinantes, situações de vulnerabilidade e suscetibilidade de grupos populacionais e do meio ambiente;
- II - apoio às equipes no planejamento das ações de atenção, vigilância e promoção à saúde, subsidiando as mesmas na construção de planos de intervenção;
- III - articulação das ações coletivas, incluindo as relacionadas ao meio ambiente; e
- IV - articulação e apoio à implementação da estratégia de gerenciamento do risco individual e coletivo. (MS, 2009).

Considerando nossas discussões anteriores sobre os determinantes sociais de saúde, notadamente os níveis de intervenção proximal, intermediário e distal, associados ao modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), os fundamentos da Promoção da Saúde e a Portaria n. 3.252/GM/MS, podemos afirmar que o plano de ação da Promoção da Saúde desdobra-se em três campos estratégicos de práticas, conforme o esquema abaixo.

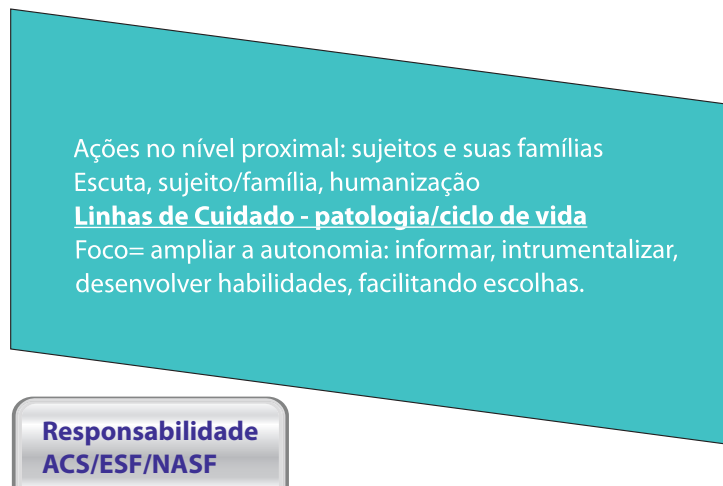
### Campos Estratégicos de Práticas no Plano da Promoção da Saúde



**Movimento de sujeitos profissionais e usuários do SUS - foco: integralidade, efetividade.**

Para cada um dos espaços que integram o campo de atuação da Promoção da Saúde nos territórios, é possível estabelecer um foco de intervenção, um conjunto mínimo de atribuições e profissionais ou equipes de saúde de referência.

### Plano da Promoção da Saúde: Espaço da Clínica



No espaço da clínica, encontramos os agentes comunitários de saúde (ACS), as equipes de saúde da família (ESF) e as equipes dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF). Esse é o espaço das intervenções proximais nos determinantes sociais da saúde, que se organizam em torno da elaboração de um projeto terapêutico singular e da estruturação de linhas de cuidado integral.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. [...] forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico [...] e da medicação, no tratamento dos usuários.

Representa o PTS, portanto, um momento de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. É importante destacar que o PTS pode ser elaborado para grupos ou famílias, e não só para indivíduos (BRASIL, 2009, p. 27-28).

As linhas de cuidado são um modo de organização do processo de gestão e atenção em saúde, que articulam os recursos e tecnologias nos diferentes pontos da rede de serviços de saúde e níveis de atenção para garantir o acesso e o cuidado integral. A partir da classificação de risco e da análise das necessidades em saúde dos sujeitos, é estabelecido um “percurso assistencial” e as funções e responsabilidades de cada ponto de atenção na produção do cuidado, estabelecendo-se uma linguagem única em todos os níveis de atenção e evitando iatrogenias (SOUZA, 2009).



## Plano da Promoção da Saúde: Espaço da Comunidade

**Ações no nível intermediário:** grupos vulneráveis  
**Projeto de Saúde do Território /** Estratégias coletivas  
**Busca ativa de sujeitos /** famílias vulneráveis  
**Mobilização disponíveis** = escolas, igrejas, CRAS...  
**Projeto de Desenvolvimento Local** - planos diretores, planejamento urbano, mobilidade, saneamento, geração de renda

**Continuum de responsabilidade:** ACS/ESF/NASF/Apoio Matricial da Vigilância em Saúde.

**Macrofunção:** articulação para dentro do território e entre territórios no âmbito governamental, instituição de ensino superior e sociedade civil organizada.

No espaço da comunidade, desenvolvem-se as ações de intervenção no nível intermediário da determinação social em saúde. É o espaço por excelência da construção da intersetorialidade na análise das condições de vida e no planejamento de ações que melhorem a qualidade de vida no âmbito local. Nesse espaço, as equipes de referência da gestão do cuidado no território têm como ferramenta os projetos de saúde do território (PST), organizam estratégias coletivas de produção da saúde e organizam-se pela articulação entre os diversos instrumentos de gestão das políticas públicas: Termo de Compromisso de Gestão, Plano Municipal de Saúde, Agenda 21 Local, Plano Diretor da Cidade, Projeto Político-Pedagógico das Escolas presente no território de responsabilidade, entre outros (BRASIL, 2009).

O PST funciona como catalisador de ações locais para a melhoria da qualidade de vida e redução das vulnerabilidades num território determinado. O projeto de saúde do território busca estabelecer redes de cogestão e corresponsabilidade, instaurando um processo de cooperação e parceria entre os diversos atores sociais do território (BRASIL, 2009, p. 30).

O PST deve ser sempre baseado na promoção da saúde, na participação social e na intersetorialidade, bem como na existência de demanda e na criação de espaços coletivos de discussão onde sejam analisados a priorização das necessidades de saúde, os seus determinantes sociais, as estratégias e os objetivos propostos para a sua abordagem. É no espaço coletivo em que comunidade, outros sujeitos estratégicos (lideranças locais, representantes de associações e/ou grupos religiosos, entre outros) e membros de outras políticas e/ou serviços públicos presentes no território poderão se apropriar, reformular, estabelecer responsabilidades e pactuar o projeto de saúde para a comunidade (BRASIL, 2009, p. 30).

**Plano da Promoção da Saúde: Espaço do Município/Estado/País**

No espaço da macropolítica, deparamo-nos com nossa maior dificuldade de organizar intervenções geradoras de transformação social. Dificuldades que muitas vezes nos levam a crer que nos encontramos numa posição de total impotência diante dos determinantes sociais relacionados à estrutura da própria sociedade. No entanto, tal percepção parece não se confirmar na realidade à medida que a analisamos desde uma perspectiva histórica, e para isso basta que olhemos a constituição do SUS. Sem dúvida, antes de sua criação, a existência de uma política universal de acesso a serviços de saúde poderia soar utópica, porém, em que pese nossas críticas e renovados desafios cotidianos, o fato é que logramos alcançar tal mudança estrutural. O mesmo poderíamos dizer sobre a regulação do controle do tabagismo, a promulgação do Código de Trânsito ou a aprovação da Lei Maria da Penha. Assim, embora esse seja um espaço de mudanças menos imediatas ou mais lentas, temos corresponsabilidade por seu processo de mudança em direção à melhoria da qualidade de vida. Nesse âmbito, operamos como sujeitos de direito, que, num Estado democrático, têm expressão política e potência transformadora. As estratégias no espaço da macropolítica consistem na mobilização social, na organização de redes sociais e na inserção em instâncias colegiadas de deliberação das políticas públicas.

Resumindo, a Promoção da Saúde na Rede Integrada de Atenção à Saúde amplia a compreensão da tarefa clínica em direção à integralidade e da tarefa gestora em direção a modelos de cogestão e corresponsabilização intersetoriais, a partir do foco nos determinantes sociais da saúde.

Contudo, a Política Nacional de Promoção da Saúde não opera sozinha nos diferentes territórios, que é o que veremos a seguir.



Saiba Mais

Leia:

- Documento de referência das Redes Integradas de Saúde, acesse: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=1468](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1468)>
- Cartilha do HumanizaSUS: Redes de Produção da Saúde, acesse: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf)>
- Caderno de Atenção Básica com as Diretrizes do NASF, acesse: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caderno\\_ab.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caderno_ab.php)>

## **4 As interfaces da Promoção da Saúde nas políticas estratégicas do SUS: um convite à intersectorialidade das ações locais**

Já apresentamos a conformação da Promoção da Saúde como política nacional, transversal e construtora de campos de diálogos nos vários setores sanitários e de gestão do SUS. Também foram ressaltadas as sete áreas temáticas prioritárias por meio das quais se implementa fortemente esta política. Porém, é importante destacar que os arranjos institucionais da Promoção da Saúde estão presentes nos documentos das demais políticas do Ministério da Saúde, especialmente, as que foram lançadas no período de 1999 a 2007.

A transversalidade da Promoção da Saúde no SUS constrói, formalmente, entre muitas políticas nacionais, uma aproximação comum, que acaba por interligar conceitos estruturantes – como integralidade, território, corresponsabilidade e cuidado, caros ao desenvolvimento das ações e serviços de saúde em conformidade com os seus princípios e diretrizes.

Desenvolveremos nossa discussão sobre a possibilidade de efetivar ações intersectoriais no âmbito da Promoção da Saúde, a partir da observação e operacionalização desta área nas políticas de Alimentação e Nutrição, de Redução da Morbimortalidade de Acidentes e Violências, de Práticas Integrativas e Complementares, de Álcool e outras drogas, de Saúde Mental, de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) e de Atenção Básica.

Todas essas políticas apontam, em seu propósito, para o desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde, explicitamente destacadas ou embasando o desenrolar de seus eixos centrais. O fato é que a Promoção da Saúde aparece como campo comum de conhecimento ou área de atuação nessas políticas.

Não é nosso objetivo descrever essas políticas, mas, sim, explicitar possibilidades de diálogos entre elas na implementação das ações locais que pretendam enfatizar a Promoção da Saúde como espaço de articulação transversal. Aqui, vale lembrar que na PNPS é enfatizada a determinação social da saúde, destacando aspectos objetivos da vida – saneamento, habitação, trabalho, educação, lazer, etc. – como implicadores no processo saúde-doença. É importante carregamos esse entendimento ao longo da leitura para ajudar na compreensão de aspectos operacionais que serão exemplificados.

Na construção de espaços intersectoriais, é importante considerar que, provavelmente, estarão presentes no processo atores com projetos diferentes. Esses projetos trazem a identidade da política onde atuam e não devem ser ignorados na construção de uma proposta comum. O exercício é de potencializar as articulações possíveis e elaborar objetivos que façam sentido para todos que pactuam do processo da construção intersectorial das ações de saúde.

Outra questão que deve ser observada é o fortalecimento da Atenção Básica como área estruturante do sistema de saúde local, apresentando-se como principal porta de entrada da população para acessar os serviços oferecidos em todos os níveis de complexidade. Essa recomendação, expressa na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e na Portaria n. 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, estende-se às políticas anteriormente destacadas, deixando claro o principal universo no qual devem ser pensadas e operacionalizadas, inicialmente, as ações intersectoriais.

Realizar um processo de construção intersetores requer o conhecimento das possibilidades de aproximações intrasetorial, ou seja, do que está sendo desenvolvido no setor saúde e como essas ações podem conversar entre si. Sobre a gestão intersetorial, vejamos um exemplo:



O gestor da saúde pactua com quem irá implementar um projeto de práticas corporais/atividade física no município. Reconhece que a inatividade é fator de risco para doenças crônicas, mas identifica que a escolha do sujeito em praticar atividade física depende de aspectos que estão além do simples desejo de fazer, como, por exemplo, a falta de segurança nos espaços públicos de lazer e até mesmo a inexistência destes no município. Observa que o problema levantado transcende o universo da saúde pública. Lista possíveis secretarias que podem ajudar no sucesso do projeto: esporte, cultura, infraestrutura, urbanismo, etc. No processo de discussão com esses atores, descobre que as Políticas de Alimentação e Nutrição e de Práticas Integrativas e Complementares preconizam ações sintersectoriais de promoção da saúde que podem ampliar o escopo do projeto em questão. Verifica também que já existem grupos de caminhada organizados pelas equipes de saúde da família, ou seja, dentro da área da saúde já existem iniciativas que, convergidas em objetivos comuns, poderiam potencializar o projeto, levando o gestor a dialogar com outros setores da gestão municipal, munido de experiências em várias frentes, promovendo maior possibilidade de aproximação com as iniciativas que estão sendo desenvolvidas pelos demais atores, convidando a pensarem uma proposta intersetorial. Possivelmente, o projeto deixará de ser apenas de práticas corporais/atividade física para se transformar numa ação que busca melhorar a qualidade de vida da população em vários aspectos.

Outro exemplo de ação intersetorial é a proposta dos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, que objetiva a aproximação dos planos de ação da saúde entre si e com outros setores como: da segurança pública e dos conselhos de proteção à criança, ao adolescente e à mulher, buscando ampliar o alcance na resolução de um problema de grande complexidade social, que é a violência. A questão/problema comum é a violência. O objetivo maior é reduzir a violência, principalmente nos grupos vulneráveis citados. Nessa perspectiva, os atores procuram articular e otimizar suas ações para formar uma rede de proteção, que seja acionada em várias entradas – seja na notificação pela vigilância em saúde ao conselho da criança ou informação deste último ao setor saúde.

Como vimos na análise do modelo de gestão em Redes Integradas de Atenção à Saúde, o encargo social de produzir saúde e a constante ratificação da mesma, como efeito de múltiplos determinantes sociais, exigem-nos operacionalizar os princípios e conceitos da Promoção da Saúde no cotidiano dos serviços, investindo na articulação em projetos terapêuticos singulares (abordagem das vítimas de violência, por exemplo) e em projetos da saúde do território (educação para o trânsito, por exemplo). Tal processo tem como palavra-chave: gestão em saúde e, por conseguinte, suas principais funções: planejar, avaliar, monitorar e executar. Sabe-se que permeiam essas quatro macrofunções ações que implicam contratações, gerenciamento de recursos financeiros, manutenção dos serviços, busca de resultados, e outras funções, que não cabem ser desenvolvidas neste módulo. Vamos discutir a função gestora aplicada ao campo das políticas públicas.

Um bom exemplo disso é a trajetória da política de saúde mental brasileira.

No Brasil, a assistência em saúde mental dava-se pela internação de pacientes em hospitais psiquiátricos especializados, mais conhecidos como manicômios.

A partir dos anos de 1970, têm início experiências de transformação da assistência pautadas, no começo, pela reforma intramuros das instituições psiquiátricas (comunidades terapêuticas) e, mais tarde, pela proposição de um modelo centrado na comunidade e substitutivo ao modelo do hospital especializado (FERREIRA, 2003).

Com a criação do SUS, abriu-se a possibilidade de rever e implementar várias políticas, entre elas a de saúde mental.

Paulatinamente, foi ganhando força a mudança do financiamento da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base comunitária, no qual se incentiva a criação de serviços em saúde mental de atenção comunitária, pública, de base territorial, ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado. Implementa-se a Reforma Psiquiátrica no SUS, amparada pela Lei n. 10.216/2001.

A Reforma Psiquiátrica traz ampla mudança ao atendimento público em Saúde Mental, garantindo o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade. Preconiza a mudança do modelo terapêutico: no lugar do isolamento, o convívio na família e na comunidade.

Aos poucos foram reduzindo os leitos hospitalares de fins psiquiátricos. Novos serviços foram implantados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Residências Terapêuticas, que buscam prestar assistência diária aos pacientes e acolhimento integral, sem abrir mão de aspectos de humanização do serviço e da possibilidade de reinserção dos indivíduos na sociedade e na sua família. Um bom exemplo deste último aspecto é o programa “De volta pra casa”.

Retomando a questão do fortalecimento da atenção básica, foram incluídas ações de saúde mental neste nível de atenção e a implementação de uma política integral para usuários de álcool e outras drogas.



Acesse o endereço eletrônico: <[http://189.28.128.100/portal/saude/area.cfm?id\\_area=925](http://189.28.128.100/portal/saude/area.cfm?id_area=925)> e veja as Políticas de Saúde Mental e de Prevenção ao uso do Álcool e de outras Drogas.

Internet

Apesar de ser um exemplo de uma experiência nacional, esse relato traz muitos aspectos da gestão em saúde. Podemos citar, entre eles, a avaliação do contexto e dos serviços estabelecidos que, neste caso, indicou a necessidade de mudança do modelo assistencial, que precisou ser construído aos poucos, sob pena de provocar um colapso na saúde com a redução repentina de leitos nos hospitais psiquiátricos, os quais foram organizados de forma concentrada nos grandes centros econômicos do país.



Para aprofundar os pontos trabalhados nesse módulo, acesse a biblioteca virtual do curso o texto de Zancan, L. Durán, P. R. F. e Marcondes, W. *Os Determinantes Sociais da Saúde e as Políticas Públicas*.

Biblioteca

## REFERÊNCIAS

### Módulo 2

Achutti, A.; Azambuja, M.I.R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), p. 833-840, 2004.

ADRIANO, J. R.; FERREIRA, S. M. G.; SANTOS, M. A. *Manual de Planejamento*. Minas Gerais, 1998. (mimeo)

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. *Avaliação de serviços e programas sociais*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

ALMEIDA, C. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. *Saúde em debate*, São Paulo, n. 24, v. 54, p. 6-21, 2000.

BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Organização e Funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde – documento para discussão. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto Pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e Aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 687 MS/GM, de 30 de Março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <[www.saude.org.br](http://www.saude.org.br)>. Acesso em: 23 de agosto de 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS, bem como a transição e monitoramentos dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): instrumentos básicos/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 46. (Série B. Textos Básicos de Saúde – Série Cadernos de Planejamento, v. 2).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Caderno de Atenção Básica, n. 27, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica Ampliada e compartilhada. Brasília: MS, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Redes Integradas de Atenção à Saúde. Documento de Referência*. 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=1468](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1468)>. Acesso em: 12 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p. 233, 2007.

BROSE, M. *Introdução à moderação e ao método ZOPP*. Recife: GTZ, 1993.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, n. 17, v. 1, p. 77-93, abr. 2007.

\_\_\_\_\_. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CADERNO DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE – Método Altadir de Planificação Popular (MAPP). v. 02\_07, p. 39 a 48

CAMARGO Jr., K. R. A Biomedicina. *Physis – Revista de Saúde Coletiva* Racionalidades médicas e novas tecnologias, v. 7, n. 1, p. 45-68, 1997.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saude soc.* São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902006000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 de set. de 2009.

CAMPOS, G. W. S.; BARROS, R. B; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, set. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232004000300025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232004000300025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 abr. 2010.

CAMPOS, R. C. A Promoção da Saúde e a clínica: o dilema “promocionista”. In: CASTRO, A.; MALO, M. *SUS ressignificando a Promoção da Saúde*. São Paulo: HUCITEC; OPAS, 2003, p. 62-74.

CAMPOS, R. T. O. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. *Ciência saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 197-207, 2001.

CAPRA, F. *A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. 7. ed. São Paulo: Editora Pensamento-Cultrix, 1996.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P.M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, L. (Org.) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 141-166.

CARVALHO, S. R. *Saúde coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec, 2005.

CASTELLS, M. *A sociedade em rede*. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTORIADIS, C. *A instituição imaginária da sociedade*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

CECÍLIO L. C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Org.). *Agir em Saúde, um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, p. 151- 167, 1997.

\_\_\_\_\_. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. RJ: UERJ/ABRASCO, 2001, p. 113-126.

CHORNY, A. H. *Gerencia Estratégica de Servicios de Salud*. Argentina: Instituto de La Salud Juan Lazarte, 1996.

CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Relatório Final. 2008. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em: 12 de abr. 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.) *Avaliação em Saúde*. Dos Modelos conceituais à prática na Análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. Gestão local e políticas públicas para a qualidade de vida. In: FERNANDEZ, J. C. A; MENDES, R. (Org.). *Promoção da Saúde e gestão local*. São Paulo: HUCITEC; CEPEDOC Cidades Saudáveis, 2007.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M. GONZALEZ, R. *Como Elaborar Modelo Lógico de Programa: um roteiro básico*. Brasília: NT, 2007.

FERREIRA, M. L. C. *Intersetorialidade: um desafio na implementação da política nacional do idoso no estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

FUNDAP. *Curso para Executivos Públicos do Estado de São Paulo*. Oficina ZOPP. Módulo Planejamento (apostila elaborada por Greiner Costa, José Augusto Valente, Josefina Carazzato, Mauro Zeuri, Valéria V. Moraes e Zenaide Sachet), 2001.

GALLO, E. *Razão e Planejamento – Reflexão sobre política, estratégica e liberdade*. São Paulo; Rio de Janeiro: Ed. Hucitec; ABRASCO, 1995.

GTZ. *Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos: método ZOPP*. Recife: GTZ/ SUDENE/IICA, 1993.



HABICHT, J. P.; VICTORA; C. G.; VAUGHAN; J. P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Intern J. Epidemiology*, 1999, n. 28, p. 10-18.

HARTZ, Z. M. A Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 419-421, 2002.

\_\_\_\_\_. A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: HARTZ, Z. M. A. et al. *Avaliação em Saúde. Dos Modelos conceituais à prática na Análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 19-28.

INOJOSA, R. M. Revisitando as redes. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 41, p. 36-46, abril 2008.

KOGA, D. *Medidas de cidades – entre territórios de vida e territórios vividos*. São Paulo: Editora Cortez, 2003.

MALTA, C. D.; MORAIS NETO, O. L. Introdução à Guia Metodológico de Avaliação e Definição de indicadores. Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Rede Carmem. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2007.

MALTA, D. C. Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1996. (Tese). Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Saúde Coletiva. 425p. 2001.

MALTA, D. C. et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 18, n. 1, jan./mar. 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev\\_epi\\_vol18\\_n1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev_epi_vol18_n1.pdf)>. Acesso em: 12 abril 2010.

MATTOS, R. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; et MATTOS, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO, 2001, p. 39-64.

MATUS, C. *Adeus, Senhor Presidente*. São Paulo: Edições FUNDAP, 1996.

\_\_\_\_\_. *Chipanzé, Maquiavel e Gândi – Estratégias Políticas*. São Paulo: Edições FUNDAP, 1996.

\_\_\_\_\_. *Política e Planejamento*. Caracas: IVPLAN, 1982.

MENDES, R.; AKERMAN, M. Intersectorialidade: reflexões e práticas. In: MENDES, R. et FERNANDEZ, J. C. A. (Org.). *Promoção da Saúde e Gestão Local*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild/CEPEDOC, 2007, p. 85-110.

MENDES, R.; DONATO, A. F. Território social de construção de identidades e políticas. *Revista de Políticas Públicas – SANARE*, Sobral/CE, ano IV, n. 1, p. 35-38, jan./mar. 2003.



# MÓDULO 3

## Planejamento em Promoção da Saúde no SUS



Objetivo: compreender a importância do planejamento e suas implicações no processo de trabalho em saúde para ações de promoção da saúde no SUS.



## 1 Conhecendo o Planejamento

O planejamento neste módulo será abordado como peça central de uma engrenagem complexa que move recursos, estruturas, serviços e pessoas no desenvolvimento de um plano, programa ou projeto, e até mesmo nas ações cotidianas dos setores ou área da saúde.

Ao final do módulo, você deverá ser capaz de elaborar um plano de ação local para desenvolvimento do projeto de promoção da saúde, contemplando principais elementos, estruturas e organização funcional que o caracterizam.

Planejar é criar perspectivas, é construir planos no presente que possam promover mudanças no futuro, sendo um instrumento administrativo importante para reduzir as incertezas do porvir.

O ato de planejar é inerente a todos nós. Mesmo sem perceber, planejamos nossas vidas por meio de inúmeras justificativas e motivações para decidir como vivê-la. De forma intuitiva, sempre planejamos algo, visto que pensamos, organizamos e providenciamos os elementos necessários antes de realizarmos uma ação importante.

Assim, planejar é *pensar antes e durante a ação* diante de determinada situação. Ao planejar, analisamos as diversas possibilidades para resolver um problema ou para modificar uma realidade antes de realizar uma ação e, a partir dessa análise, podemos decidir pelo que acreditamos ser a melhor entre as opções percebidas.

É certo que, quando planejamos, podemos aproveitar melhor o tempo e os recursos para atingir determinado objetivo. Entretanto, quando lidamos com objetivos complexos como a saúde, torna-se necessária a utilização de métodos e técnicas que apoiem e favoreçam a efetivação de ações e, conseqüentemente, o alcance dos objetivos e metas programados.

A princípio, o ato de planejar pode parecer essencialmente simples. Por exemplo, quando tomamos a decisão de comprar determinado bem, como um automóvel, partimos de uma motivação. Digamos que a motivação seja a necessidade de se locomover com maior rapidez, ganhando tempo e condições para fazer novos trabalhos, para descansar, viajar, etc. A motivação trará à tona as diversas condições para adquirir o bem: se parcelado ou à vista, se novo ou usado, de que marca ou modelo. Caso adquira à vista, o objetivo – comprar um automóvel – foi atingido apenas com a ação de ir à concessionária e fechar negócio. Por outro lado, se observado que só é possível adquiri-lo por meio de um plano parcelado, é preciso construir uma programação que garanta recurso mensal para que o objetivo seja atingido com sucesso.

Neste esquema – motivação/ação/objetivo –, existem elementos que implicarão diretamente no planejamento que você construiu. Observe que mesmo a decisão e o controle sendo essencialmente seus, há possibilidade de surgirem novos contextos que implicarão a continuação, reformulação ou encerramento do planejamento, resultando no alcance ou não do objetivo.

Agora, imagine o ato de planejar no contexto de uma política como a de saúde, partindo dos princípios da Promoção da Saúde e dentro de um modelo de gestão de Redes

Integradas de Atenção à Saúde. Nessa situação, a lógica inerente à estrutura de um planejamento é recheada de elementos e contextos que irão conferir características essenciais ao seu desenvolvimento. A ampla participação dos atores e a flexibilidade são algumas delas. Retomaremos estas e as demais características ao longo do módulo.

No momento, é importante deixar claro que agora vamos falar sobre o planejamento no setor da saúde, que requer o emprego de técnicas, princípios e diretrizes para conferir-lhe a característica de um documento-guia das ações que serão desenvolvidas.

## 1.1 Breve histórico sobre planejamento em saúde

Na América Latina, nos anos de 1960, foi o cenário no qual surgiu o planejamento na saúde com o método CENDES-OPAS<sup>1</sup> de Programação em Saúde, cujo foco era a aplicação eficiente de recursos, de modo a desenvolver ações com maior efetividade. Frente à impossibilidade, nos países subdesenvolvidos de atender simultaneamente ao conjunto de necessidades de saúde, o CENDES-OPAS estabeleceu uma série de critérios para orientar a intervenção sobre um problema identificado, no sentido de maximizar os recursos existentes. Estabeleceram-se, assim, critérios objetivos e normativos que orientavam e legitimavam a eleição de prioridades, com base em padrões econômicos e técnicos. Privilegiava-se a intervenção sobre os problemas que respondiam melhor à tecnologia existente, àqueles mais expressivos numericamente e cuja solução teria uma suposta ação em outros setores da sociedade (TANCREDI, 1998).

Neste método, o planejador é externo ao processo de análise e não compartilha sua atuação com outros atores, apresentando o plano como um conjunto de normas a serem seguidas, ficando conhecido como modelo normativo, por não possibilitar quaisquer possibilidades de modificações ao longo do processo de operacionalização do planejado.

O método CENDES-OPAS pautou, com ineditismo, nas mesas de discussões do setor saúde, a preocupação com o uso eficiente dos recursos públicos, por meio da aplicação de análises de prioridades e do cálculo prévio dos resultados esperados com o uso de cada instrumento de ação.

Já nos anos de 1970, surgem as primeiras críticas a esse método, pela sua desvinculação com a produção de políticas na sociedade e com a historicidade dos atores envolvidos e ao seu caráter prescritivo e normatizador. A partir dos questionamentos que o método CENDES-OPAS sofreu ao longo desses anos, outras formas de planejar no setor da saúde começaram a ser apresentadas. Destacam-se o *Pensamento Estratégico em Saúde*, de Mario Testa, e o *Planejamento Estratégico Situacional (PES)*, de Carlos Matus (TANCREDI, 1998).

O *Pensamento Estratégico em Saúde*, de Mário Testa, tem como princípio o planejamento contextualizado na produção histórica da humanidade, sendo essencial abordar os problemas na saúde como sendo de caráter social.

<sup>1</sup> Centro de Estudos do Desenvolvimento editado como método de planejamento pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 1965, na sua Publicação Científica n. 111, sob o título: *Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud* (OPS/OMS, 1965).

Para Testa, o propósito do processo de planejamento em saúde é a mudança social. Pensar na transformação social significa pensar na construção de uma nova sociedade e intervir na construção da história (GIOVANELLA, 1990).

Essa nova perspectiva apresenta-se como superação de uma das características principais do método CENDES-OPAS: a separação entre o planejamento e os aspectos políticos e sociais do contexto em que ele está ocorrendo.

Testa enfatiza a necessidade desta relação, compreendendo o pensamento estratégico como provocador de mudanças sociais, que para acontecerem precisam que o poder também seja movido.

O autor afirma:

Para mudar o social, é necessário pensar na questão do Poder, pois o Poder é categoria central na análise da dinâmica social. Significa pensar em como a forma de implementar uma ação de saúde — a estratégia — leva a alcançar um certo deslocamento de poder — uma política — favorável à resolução do problema. Assim, as estratégias em saúde extrapolam o setorial, abarcando o conjunto social, e dão eficácia às propostas a longo prazo. Para isso é necessário conhecer o Poder: o que é, suas determinações, suas relações, seus recursos, e encontrar formas para analisá-lo em sua distribuição setorial (TESTA, 1986).

Aponta ainda como elementos fundamentais no processo de planejamento: o diagnóstico em saúde, a síntese diagnóstica (propostas programático-estratégicas) e programas.

No diagnóstico em saúde, é realizada uma análise da realidade de saúde, não esquecendo a conformação do poder no contexto analisado.

Com base na discussão proposta por Giovanella (1990), podem ser descritos três tipos de diagnósticos construídos por Testa:

- 1. Administrativo** – é parte da análise e cálculo tradicionais do planejamento de saúde. Por meio desse diagnóstico, população, doenças, mortes, recursos disponíveis e atividades realizadas em saúde são enumerados e quantificados. Cadeias epidemiológicas e nós técnicos críticos são identificados. A partir de critérios técnicos, recursos e atividades necessárias são calculados.
- 2. Ideológico** – é o diagnóstico da ideologia dos grupos sociais com interesses em saúde. É o diagnóstico de suas compreensões sobre a saúde e a sociedade — consciência sanitária e social — e suas práticas correspondentes.
- 3. Estratégico** – é a análise das relações de poder no setor. Neste diagnóstico, são identificadas e analisadas as desigualdades, na situação de saúde e na atenção à saúde, entre grupos sociais, determinadas por diferenças de classe social. Internamente aos serviços, analisam-se as relações de poder que aí ocorrem, e identifica-se a distribuição dos três tipos de poder em saúde: o técnico, o administrativo e o político.

No processo de planejamento, Testa ainda apresenta o ***momento da síntese diagnóstica***, no qual é reconstruída a realidade de saúde analisada e elaboradas as propostas programático-estratégicas. As propostas programático-estratégicas são as ações elaboradas para mudar a realidade em saúde encontrada e objetivam acumular poder para os dominados e mudar as relações de poder instituídas, por meio da formação de uma consciência sanitária social e de classe. Por isso, estas ações aparecem como processos a serem desenvolvidos ao longo do tempo.

A ideia de superação do modelo normativo do método CENDES-OPAS para o participativo e social também está presente na proposta do Planejamento Estratégico Situacional – PES, que tem Carlos Matus como seu expoente e surge no Brasil durante o processo de democratização,

Assim, como na proposta de Testa, o planejador no PES é um ator social, componente do cenário analisado e que compartilha sua construção com outros atores, trazendo a questão do compartilhamento do poder, ampliando sua governabilidade.

Carlos Matus identificou os inúmeros fracassos experimentados pelo planejamento na América Latina, quando centrado na proposta normativa, analisando a posição externa do planejador em relação à realidade e sua desvinculação dos outros atores sociais e a prática economicista e tecnocrática isolada do processo de governo e da razão política. A partir da constatação de crise de governabilidade que assolava os governos latino-americanos, Matus formula o PES, aplicável aos casos de governos democráticos, nos quais atores sociais estão em situação de poder compartilhado.

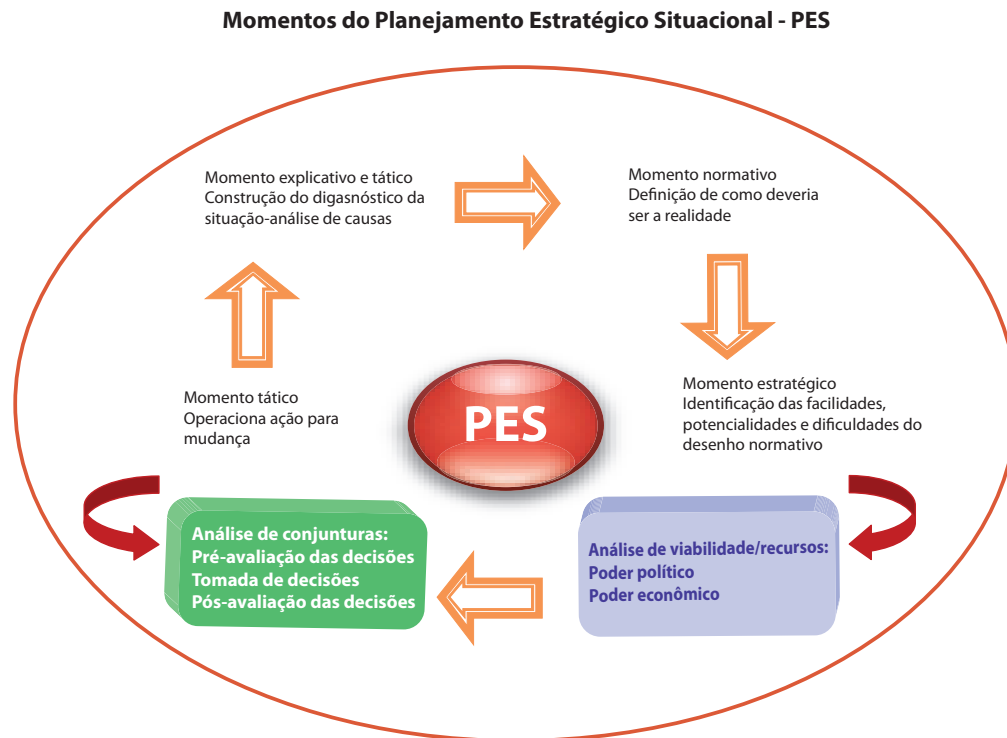
A proposta central do PES para ação centra-se na necessidade de ampliar a capacidade de governar. No método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), são identificadas quatro instâncias temporais ou momentos, articulados ou formalizados:

- a) **O momento explicativo**, quando se constrói os diagnósticos (dos problemas, da saúde, dos recursos) do planejamento por meio da complexa tarefa de selecionar problemas e destacar outros, pela análise de suas causas, ou seja, é a construção de um fluxograma situacional: problemas e seus desdobramentos – causas.
- b) **O momento normativo**, quando é feito o desenho e a definição de como deveria ser a realidade.
- c) **O momento estratégico**, quando identificamos as restrições, dificuldades e potencialidades do desenho normativo. Por meio da análise de viabilidade, devemos levar em conta três tipos de restrições: recurso do poder político, recurso do poder econômico e capacidade organizativa e institucional.
- d) **O momento tático-operacional**, quando toda a análise acumulada se transforma em ação concreta. É o momento decisivo da ação para mudança da realidade. Devem ser identificados quatro submomentos: a) apreciação da situação conjuntural, ou seja, a análise da situação que se quer intervir; b) pré-avaliação das decisões possíveis – refere-se ao que é possível de ser feito e qual a opção mais eficaz para a situação encontrada; c) tomada de decisão e execução,



caracterizando-se como a implementação do que foi planejado; d) pós-avaliação das decisões tomadas ou apreciação da nova situação – refere-se a como estava antes e como está depois das ações implementadas.

Observe as etapas esquematizadas na figura a seguir:



O PES tornou-se um importante instrumento de planejar em saúde devido a sua origem no próprio setor, além de suas características levarem em consideração estratégias e situações que quando executadas poderiam promover soluções em saúde ou minimizar problemas estruturais diante das necessidades e saúde.

## 2 Método de planejamento em saúde

O campo do planejamento é rico em métodos e técnicas, não sendo possível esgotar esse conhecimento em poucas páginas.

De modo geral, ato de planejar pode ser entendido como o processo pelo qual identificamos qual o caminho a ser tomado para chegarmos à situação desejada. Significa definir de antemão o que fazer para mudar as condições atuais e chegarmos à situação definida como objetivo.

Passar da situação identificada para a situação desejada é um longo passo no processo de planejamento. Apesar da objetividade vetorial aparente, **situação inicial** → **situação desejada**, o espaço entre os extremos requer um conteúdo que se refletirá em todo o processo. Tudo está interligado: se partirmos de uma situação problema que não reflete a realidade, o efeito da ação não será o esperado, ficando o resultado comprometido. Da mesma forma, se construirmos ações e metas desconexas do objetivo e descontextualizadas da situação problema e do alcance (poder) administrativo e institucional dos atores que estão planejando, todo planejamento ficará comprometido.

O planejamento poderá se apoiar nas definições de macropolíticas ou em diretrizes emanadas por políticas públicas estruturadas. As diretrizes podem ser tomadas como caminhos a serem seguidos para construção de cenários ou para direcionamento de projetos, programas ou ações.

Por tanto, sabemos que o modo de construir um plano dependerá da intenção de quem planeja, dos objetivos construídos, do momento em que se esteja e das diretrizes macropolíticas vigentes. Então, podemos tentar reduzir nosso foco de análise nos perguntando: e para a Promoção da Saúde qual é o modelo ideal de planejamento?

Pode-se dizer que o modelo ideal será aquele que responder aos princípios da Promoção da Saúde, abordar os determinantes sociais e for efetivo para que o gestor da saúde alcance seu objetivo sanitário no território, focalizado da maneira mais integral possível. Dessa forma, planejar em Promoção da Saúde envolve integrar sua lógica de análise da realidade e de intervir nos determinantes sociais da saúde nos mecanismos formais de gestão do SUS. Por outro lado, implica adotar uma perspectiva estratégica, uma vez que seus métodos e técnicas de planejamento tendem a favorecer o diálogo, a participação democrática e a abordagem das singularidades de cada território.

No módulo 2, foram discutidos os instrumentos formais de planejamento e processo de trabalho na perspectiva de construção de Redes Integradas de Atenção à Saúde, onde as ações de promoção da saúde transversalizam ou atravessam, pelos diversos setores e serviços de saúde.

Leia o documento do Plano Nacional de Saúde 2008/2009-2011.

Acesse: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pns2008\\_2011\\_preimpressao.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pns2008_2011_preimpressao.pdf)>.

Confira as diretrizes e propostas para a saúde nos próximos dois anos.



Internet

### 3 Passos de planejamento em saúde

*“Planejar é pactuar com um grupo de pessoas o que se pretende fazer.”*

Marcos José P. Silva/2001

*“Planejar consiste em questionar e procurar responder às perguntas decorrentes desse questionamento, ou seja, “o quê”, “por que”, “como”, “quando”, “com quem” e “com o quê”.*

Planejamento em Saúde/MS

Como vimos, as contribuições das abordagens de planejamento desenvolvidas pelo CENDES-OPAS, Testa e Matus marcaram a história do planejamento no Brasil. Porém, dispomos de inúmeras técnicas que apoiam a construção de planos, programas e/ou ações de saúde.

As técnicas apresentam vantagens e desvantagens de acordo com a finalidade do planejamento, do local que se planeja, do tempo disponível para operacionalizar o plano, dos atores envolvidos no processo de planejamento, contudo, será sempre importante ferramenta para nortear a construção de planos de saúde segundo o nível hierárquico.

Na maioria das vezes, as técnicas como Planejamento Estratégico Situacional, Planejamento Orientado por Objetivos (ZOO, alemã), Método Altadir Planificação Popular (MAPP), Estimativa Rápida Participativa (ERP) podem ser adaptadas às necessidades dos gestores, mantido o pensamento estratégico, mas com a clareza e o rigor imprescindível à técnica de planejamento. (CECÍLIO, 1997).



Biblioteca

**Para estudar as técnicas de planejamento de ZOO, MAPP e ERP, acesse a biblioteca virtual do curso.**

As técnicas de planejamento auxiliam-nos a organizar de forma sistemática as informações disponíveis para a decisão e facilitam a construção de propostas e projetos de saúde, permitindo ampliar a integralidade das intervenções e a articulação transversal das diversas políticas de saúde e/ou dos planos de atuação da saúde nas Redes Integradas de Atenção à Saúde.

No entanto, nenhum método ou técnica é hegemônico o suficiente para contemplar os vários contextos em que se planeja, sendo necessário identificar se a estrutura escolhida para organizar o planejamento é a que mais se aproxima do desejo dos atores que planejam, dando conta de suscitar os problemas e interligar os objetivos e ações com a amplitude necessária ao sucesso do plano.

É importante destacar que a flexibilidade do planejamento é uma de suas características mais importantes, conferindo-lhe momentos e/ou espaços para sua releitura.

Contudo, mais do que apresentar técnicas, este módulo propõe trabalhar o planejamento como estratégia favorável para a inclusão da promoção da saúde na gestão pública da saúde, institucionalizando-a nos principais instrumentos de gestão do SUS e promovendo a construção de elementos estruturantes de políticas, para conferir-lhe sustentabilidade e pautar o seu desenvolvimento na participação social e no cofinanciamento de projetos e programas por estados e municípios.

Para nos ajudar a trilhar claramente este caminho, a construção do plano ou planejamento será desenvolvida de forma contextualizada nos passos propostos por Cecílio (1997), quando este descreve um modelo estratégico para equipes de gestão em saúde, acrescidos dos elementos propostos por Silva (2001), quando trata da ampliação dos atores no planejamento em saúde para aproximar da realidade a identificação e escolha dos problemas.

A sistematização do processo de planejamento em “passos” não significa a simplificação do planejar ou sua redução a uma tecnologia que deva ser implantada tão somente. Ao contrário, os passos apresentados a seguir exigem a reflexão constante, a análise comparada entre seu enunciado, os processos de gestão da política de saúde e a realidade de cada território integrado de responsabilidade. É importante salientar que o processo de construção de um plano de ação em saúde, em especial quando baseado na perspectiva da promoção da saúde, envolve a aproximação e reflexão sobre vários aspectos da produção da saúde e seus determinantes.

Aqui, destacamos dois processos de planejamento:

- Planejamento relacionado diretamente ao projeto ou programa de promoção da saúde financiado pelo Ministério da Saúde.
- Planejamento buscando implementar a promoção da saúde no nível local.

Entende-se o primeiro como subconjunto do segundo, pois as articulações, formatos e dinâmicas instituídas para planejar, visando maior escopo de atuação, certamente, contemplam a implementação do projeto de promoção da saúde em desenvolvimento, seja ela na área de práticas corporais/atividade física ou prevenção das violências e promoção da cultura de paz.

Nesse sentido, os passos apresentados a seguir centram-se no planejamento para a promoção da saúde no nível local a partir do setor saúde e devem ser operacionalizados e/ou utilizados conforme as discussões que fizemos no módulo 2. Convém destacar que os passos a seguir podem e devem subsidiar também o planejamento de projetos ou programas de promoção da saúde, desenvolvidos como parte de projetos de saúde no território, que trabalhe com um ou mais eixos temáticos da PNPS (Alimentação saudável; Práticas corporais/atividades físicas; Prevenção e controle do tabagismo; Redução da morbimortalidade por uso abusivo de álcool e outras drogas; Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; Promoção do desenvolvimento sustentável).

## Primeiro passo



### Definir claramente o ator que planeja

Este passo é fundamental para o sucesso do planejamento. A pertinência dos atores com o que se quer planejar é condição indispensável para que o plano ganhe vida na gestão da política para a qual se constrói ações. A escolha dos atores implicará o poder de governabilidade sobre o planejamento, ou seja, refletirá na sua força e probabilidade de ser executado. Por exemplo, planejar ações de vigilância em saúde sem acionar os coordenadores e/ou supervisores desta área, possivelmente, distanciará o plano da realidade que se quer intervir e diminuirá as chances dos profissionais construírem identidade com a proposta apresentada.

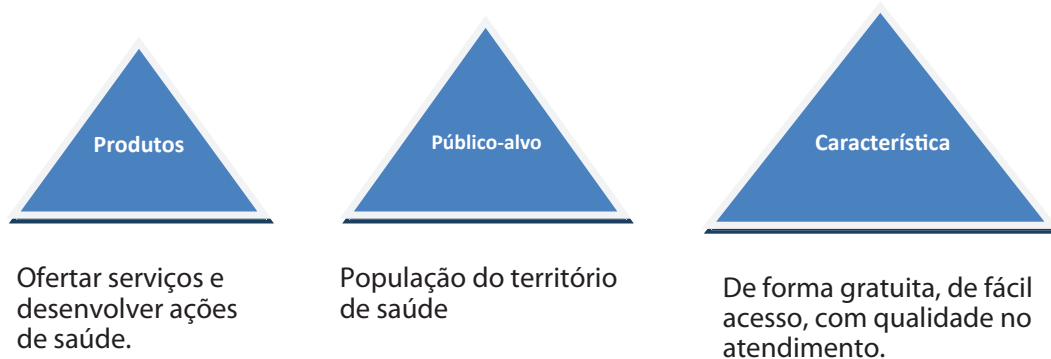
Um ator no planejamento é considerado a pessoa oficialmente responsável pelo plano. Neste caso, a Secretaria de Saúde não é um ator, pois se caracteriza como uma instituição com muitos atores. Mas o secretário de saúde, responsável por assinar e desenvolver o plano, é um ator neste processo. Porém, numa perspectiva ampliada, é possível considerar como atores todos que participam da elaboração do plano e são responsáveis por implementar alguma de suas etapas ou fase. Nesse contexto, surgem outros atores indiretos que são acionados pelos principais responsáveis. Por exemplo, quando o diretor de determinado departamento participa de um macroplanejamento com outras áreas na secretaria de saúde, provavelmente levará à sua equipe as responsabilidades que couberam ao seu setor para garantir o sucesso do plano.

## Segundo passo

**Ter bem clara qual a missão da organização à qual está vinculado o ator que formula o plano.**

Saber a missão instituída para a organização, onde o conceito de missão compreende três princípios: quais os produtos, para quem e com que características a organização compromete-se a ofertar.

Trazendo esta explicação para uma unidade básica de saúde, temos:



Esses três princípios formam a missão:



Neste caso, a missão da Unidade Básica de Saúde é: *ofertar serviços e desenvolver ações para a população de seu território, de forma gratuita, de fácil acesso e com qualidade no atendimento.*

A função da missão é auxiliar a manter o foco nas questões relativas à saúde, pois quando partirmos para o levantamento de problemas e suas causas, abre-se grande quantidade de variáveis que podem desviar nossa atenção e levar-nos a uma análise pouco direcionada no processo de elaboração de planos.

## Terceiro Passo

**Formular bem os problemas a serem enfrentados pelo plano**

A formulação de problemas não é tão simples como comumente se pensa. Não será uma denominação de uma situação como problema que esta automaticamente passará a fazer parte do plano. Mas, afinal, o que é um problema?



Pode-se considerar como **Problema** um obstáculo que dificulta a mudança da situação existente para a situação desejada. Ou seja, problema é o que impede o ator de atingir seus objetivos, que é mudar a realidade.

A percepção do que é um problema nem sempre é consenso entre os atores que planejam, pois estes empregam o seu ponto de vista, repleto de informações do seu lugar de atuação, que favorecem olhar de vários ângulos a situação apresentada como problema.

As técnicas do PES e ZOPP trabalham o desenvolvimento do plano a partir de problemas. Várias são as possibilidades de classificação dos problemas. Destacamos a classificações quanto à complexidade dos problemas: *estruturados e quase-estruturados*. Essencialmente, a própria denominação nos dá ideia do posicionamento e importância do problema no plano.

Problemas estruturados são aqueles que podem ser perfeitamente definidos, ou seja, suas causas, natureza, alcance são conhecidos. Nestes, as fases de operação para chegar aos resultados desejados são bem definidas e é possível repetir a sua execução. Os exemplos podem advir do campo das doenças transmissíveis, como dengue e filariose, sobre as quais sabemos como e por meio de quais processos são causadas, numa relação direta de causa e efeito, sendo possível indicar medidas precisas de prevenção para interromper ciclos e reduzir problemas de adoecimento da população.

Já os problemas quase-estruturados são mais complexos, não podendo ser claramente definidas todas as suas causas, pois uma ou mais de suas variáveis é desconhecida. São, portanto, multicausais.

É possível identificar que os problemas quase-estruturados são os mais presentes no planejamento em promoção da saúde. A explicação sobre isto já foi trabalhada no módulo 2, mas vale lembrar que a promoção da saúde é abordada como fruto da produção da vida, repleta de condições objetivas – saneamento, trabalho, educação, lazer – e subjetivas – bem-estar, concepção de corpo, percepção sobre “estar saudável” – que a determinam, sendo difícil identificar causas exatas para propor ações precisas sobre determinado fator.

Dado este conjunto de elementos que determinam a saúde humana, os problemas, necessariamente, não estarão restritos às situações de saúde, mas podem estar presentes na própria gestão do SUS.

É importante destacar que a governabilidade sobre os problemas é questão fundamental para escolha deles no plano. Sabe-se que, por exemplo, a ausência de saneamento ou de espaços públicos de lazer são fatores que desfavorecem a saúde das pessoas, no entanto, sanear o bairro ou a cidade, ou construir praças e parques, não está sob responsabilidade direta do setor saúde. Por isso, ações intersetoriais devem ser previstas no plano, sendo a intenção deste desenvolver ações de promoção da saúde para melhorar a qualidade de vida da população.

**Quarto passo****Descrever bem o problema que se quer enfrentar**

Este momento é crucial para a construção do planejamento. Aqui serão identificados os principais problemas a serem enfrentados. Cumprida de forma adequada, a descrição dos problemas oferece também os indicadores que serão monitorados durante a execução e avaliação do plano construído.

A descrição do problema servirá para reduzir a ambiguidade do que se quer enfrentar e poderá produzir indicativos para avaliar os impactos da execução do plano.

Neste contexto, um ponto de partida é a Análise da Situação de Saúde (ASIS). Ela consiste no processo de identificação, priorização e explicação de problemas de saúde da população que vive e/ou trabalha em um território. Tem como objetivo entender a magnitude, a natureza, a severidade e a distribuição dos agravos à saúde nas populações e as potencialidades existentes nos territórios onde os problemas ocorrem, oferecendo elementos para monitorar o resultado das intervenções em saúde.

Desta forma, constitui-se em processos analíticos e sintéticos, que incluem diversos tipos de análises e permitem caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de um grupo populacional, incluindo os danos, os problemas de saúde, as potencialidades locais, assim como seus determinantes, sejam esses de competência do setor saúde ou de demais setores públicos (OPAS, 1999).

O diagnóstico analítico dos problemas trará aos planejadores maior segurança na escolha das prioridades e objetivos, observando a viabilidade e a conjuntura para as escolhas, além de facilitar a construção das possíveis intervenções que irão compor as ações do plano.

A seguir, um exemplo de descrição de problema e os descritores

<b>Problema</b>	<b>Descritores</b>
Mortalidade por causas externas – acidentes de trânsito	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Descritores quantitativos:</b></li> <li>- <b>82% dos óbitos em homens</b></li> <li>- <b>45% entre jovens de 15 a 39 anos</b></li> <li>- <b>63% não usam cinto de segurança traseiro</b></li> <li>- <b>30% dos acidentes em condutores de motocicleta</b></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Descritores qualitativos (grupos focais)</b></li> <li>- <b>Baixa adesão ao cinto de segurança</b></li> <li>- <b>Baixa adesão equipamentos de segurança (capacetes)</b></li> <li>- <b>Pouca sinalização nas vias</b></li> <li>- <b>Sensação impunidade</b></li> </ul>

Segundo Cecílio (1997), um descritor não *explica* o problema, apenas o caracteriza, mostrando sua dimensão ou tamanho. Os descritores de um problema modificam-se quando o plano é bem-sucedido. Estas modificações são os indicadores de eficácia do plano.

Cabe ressaltar que planejar em promoção da saúde implica trazer mais informações, para além das oferecidas pelos sistemas de informação em saúde, para promover um diagnóstico do território, contemplando questões relativas aos determinantes sociais da saúde, que, como foi apresentado no módulo 2, estão ligadas as condições socioeconômicas, culturais, ambientais, de trabalho, educação, lazer, entre outros.

Ainda neste caminho, diagnosticar como a promoção da saúde encontra-se contemplada nos instrumentos de gestão do SUS localmente é imprescindível para conferir clareza sobre quais arranjos deverão ser disparados para almejar, por exemplo, a institucionalização ou fortalecimento da promoção da saúde no município, com o objetivo de conferir-lhe sustentabilidade, continuidade, ampliação, etc.

Portanto, planejar em promoção da saúde exige conhecer não apenas do que as pessoas adoecem, mas como elas produzem saúde no território ou município.

## Quinto passo

### Entender a origem do problema procurando identificar as suas causas

Identificam-se quais as causas do problema por meio de sua análise detalhada, ou seja, entender o problema profundamente, construindo e identificando lista de causas possíveis para aquela situação em estudo.

Nem sempre as causas do problema ficam claras ao planejador, pois a complexidade dos fatores multicausais em saúde sempre agrega questões complexas. Por exemplo, para promover ações para o controle da obesidade, temos de identificar suas causas e levar em consideração as dimensões que envolvem o problema, tais como: questões sociais, culturais, políticas, individuais e familiares.

A busca pelas causas pode ser feita por tempestade de ideias, onde serão agrupadas as semelhantes, sintetizando ou desmembrados causas apontadas, analisando a localização em espaços diferenciados de governabilidade.

Em relação às Doenças Crônicas Não Transmissíveis, existem vários estudos que apontam premissas que podem ajudar a compreender a origem dos problemas nesta área, como, por exemplo:

1. as DCNTs são decorrentes do estilo de vida ocidental;
2. a adoção deste estilo de vida por populações em vias de desenvolvimento determina uma modificação de seu perfil de morbidade, aumentando a importância das DCNT (transição epidemiológica);
3. estes fatores de risco são os mesmos ao longo do tempo e no espaço;



4. seus efeitos são modificáveis por intervenção sanitária (ACHUTTI; AZAMBURJA, 2004).

A construção de um fluxo identificando problemas, seus descritores, suas causas, facilita a identificação de ações mais resolutivas. Pode-se partir de um problema central, com identificação de seus desdobramentos, sendo elaboradas estratégias de enfrentamento.

Devem ser identificados os **nós críticos**, ou seja, **aquela causa que quando atacada resolve ou diminui os problemas**. Elege-se como a causa mais importante, diretamente ligada ao problema e com possibilidade efetiva de enfrentamento no nível de governabilidade em que o ator está inserido.

Por exemplo: se o problema escolhido como prioritário for o aumento da incidência de doenças do aparelho circulatório na população acima de 40 anos. Na análise do problema, foram numeradas as seguintes causas: a) hábitos de vida como: sedentarismo, alimentação inadequada, uso de tabaco e de álcool, entre outros eventos favoráveis ao desenvolvimento dessas doenças; b) desigualdade nos acessos aos serviços de saúde; c) ausência ou ineficiência de serviços de saúde em detectar precocemente doenças como diabetes e hipertensão; d) baixa acessibilidade da população aos serviços de saúde; e) inexistência de ações públicas que promovam a adoção de hábitos saudáveis; f) ausência ou ineficiência das ações de educação em saúde; g) alimentação saudável de difícil acesso pelo custo elevado; h) falta regulamentação níveis de gordura trans, sal, nos alimentos industrializados; i) falta de espaços públicos para a prática de atividade física; j) não regulamentação da propaganda de bebida alcoólica. Entre as causas apresentadas, todas estão relacionadas ao problema, porém a identificação da principal será aquela considerada mais importante, levando em conta a viabilidade para seu enfrentamento.

Rever as causas, os nós críticos, entender os problemas, tudo isso deve ser feito no momento de estabelecer os resultados pretendidos, vez que a efetividade do plano depende do processo de sua construção.

## Sexto passo

### Desenhar operações para enfrentar os nós críticos

Consiste em construir caminhos para chegar aos resultados esperados. O *plano de ação* é o conjunto de atividades, operações, com seus respectivos prazos, responsáveis e recursos necessários para chegar aos resultados esperados.

O plano é composto por operações definidas para impactar nas causas mais importantes do problema, ou seja, seus nós críticos. As operações são conjunto de ações de vários tipos que serão desenvolvidas no decorrer do plano.

Nesse contexto, é importante construir indicadores de resultados, como meios de apoiar o gerenciamento do plano de ação e verificar se os resultados pretendidos estão sendo atingidos, servindo para quantificar e qualificar esses resultados, bem como servir de fontes para o processo de avaliação.

Assim, o desenho do plano deverá conter as operações, produtos e resultados, como por exemplo:

1. Operação: capacitar profissionais do PSF em promoção da saúde.
2. Produto: duas oficinas de sensibilização realizadas, 40 horas de treinamento sobre promoção da saúde.
3. Resultados: profissionais mais capacitados para implementar ações de promoção da saúde.

Todo plano operativo irá demandar certos recursos para sua execução. Assim, é fundamental identificar estes recursos críticos que serão consumidos em cada operação. Voltando ao nosso exemplo:

1. Operação: capacitar profissionais do PSF em promoção da saúde.
2. Recursos críticos: material didático, docente habilitado para realização da capacitação, aluguel de espaço físico adequado.

Observe que os recursos críticos consumidos serão diversos a depender das operações e estas estão sempre ligadas a ações:

Como em nosso exemplo, **a operação** é capacitar profissionais do PSF em promoção da saúde e poderá ser **desdobrada** nas seguintes **ações**:

- realizar levantamento de necessidade de capacitação para quantos e quais profissionais do PSF;
- contratar especialista na área para sensibilização dos profissionais;
- elaborar programa de capacitação;
- preparar material didático;
- reservar local adequado;
- preparar certificados.

Assim, no plano, poderão aparecer apenas as operações, como forma mais agregada de apresentação, e os responsáveis por cada operação farão, a partir do plano operativo, o detalhamento das ações.



Atenção

- **Ação:** tudo de que necessitamos fazer para atingir o resultado proposto.
- **Prazo:** data precisa em que o gerenciamento será feito.
- **Responsável:** pessoa que nem sempre realizará uma ação, mas é fundamental para que essa ação seja cumprida. O responsável pela ação tem nome e sobrenome, não podendo ser o grupo.
- **Recursos:** representa tudo aquilo que necessitamos para realizar uma ação. Não apenas recursos financeiros, mas custos, recursos de conhecimento, tempo em horas, infraestrutura (sala e material necessário), recursos políticos, de organização ou até uma ação realizada anteriormente.

## Sétimo passo

### Analisar a viabilidade do plano de ação (ou organizar-se para criar viabilidade)

Momento em que fica estabelecida a relação entre os recursos necessários ao plano de ação e os recursos efetivamente existentes. A viabilidade de um plano pode ser construída durante sua implantação com a agregação de novos parceiros e o surgimento de novas situações favoráveis ao projeto.

A análise de viabilidade do plano consiste em identificar os demais atores que controlam os recursos críticos para o plano, quais são esses recursos e quais as motivações destes atores em relação aos objetivos pretendidos com o plano.

As **motivações** podem ser classificadas em **favoráveis, indiferentes ou contrárias**, sendo a avaliação dos atores baseada em situações, portanto, instáveis e sujeita a mudanças constantes.

Planos operativos estratégicos podem ser executados como forma para construir viabilidades.

Podemos entender melhor com o seguinte exemplo:

O Secretário de Saúde entende como fundamental para o plano a contratação de pessoal, porém para efetivar a operação necessita de autorização do prefeito. Se este for favorável ao plano, irá transferir o controle do recurso ao secretário, que passa a considerar a operação viável. Se for indiferente ou contrário, o secretário pode envolver outros atores e criar operações estratégicas que modifique tanto a motivação indiferente com a contrária. Como no exemplo anterior, o secretário pode executar operação estratégica junto ao Conselho de Saúde, sensibilizando e esclarecendo sobre a importância da contratação para os serviços de saúde e, dessa forma, modificar a viabilidade antes encontrada.

Nota-se que a análise de viabilidade precisa ser refeita sempre no processo de execução do plano, pois reconhecer as fragilidades, os limites de governabilidade e potencialidades do plano fortalece o ator que faz o plano, na medida em que se organiza para enfrentar e superar as limitações.

## Oitavo passo

### Elaborar o plano operativo

Nesse momento, será preparado o desenho do plano operativo, ou plano de ação cuja finalidade é identificar o responsável pelas operações, bem como definir os prazos para sua efetivação.

O responsável ou gerente de operações é a pessoa que ficará responsável pela execução do plano de ação, devendo contar com uma equipe para sua execução.

Operação	Responsável	Prazo

O responsável pela operação deverá coordenar o andamento, inclusive das operações estratégicas, de todas as ações necessárias para efetivação da operação.

Por exemplo, a operação *construir Unidade de Saúde da Família* implicará a elaboração de um conjunto de ações, tais como:

- identificar espaço físico;
- fazer projeto arquitetônico para reforma ou construção;
- discutir na reunião do Conselho municipal de saúde sobre as localizações das Unidades;
- articular com a Secretaria de Obras ou similar para execução das obras, entre outras ações.

No desenho do plano operativo, é importante trabalhar com o conceito de sequência de operações, identificando as que primeiro devem ser deflagradas e aquelas que poderão aguardar, ordenando no tempo as operações, entendendo a existência de certo grau de dependência entre as operações de um plano.

Esse tipo de desenho, além de favorecer o acompanhamento do plano, subsidiará o processo de avaliação, identificando as responsabilidades, compromissos, prazos cumpridos durante a sua execução.

No detalhamento do plano operativo, podem ser construídos programas e/ou projetos como ferramentas para sua efetivação.

**Observe a diferença conceitual entre os termos no quadro abaixo:**



Atenção

**PLANO DE AÇÃO** é o conjunto de ações, com os respectivos prazos, indicando as pessoas responsáveis e os recursos necessários para chegar a um resultado proposto.

**PROGRAMA** é um instrumento que visa à concretização dos objetivos pretendidos e se presta à organização de atuações. No Programa articula-se um conjunto de ações que concorrem para um objetivo comum preestabelecido, mensurado por indicadores definidos em um plano ou política, visando à solução de um problema ou ao atendimento de uma necessidade ou demanda da sociedade.

**PROJETO** é um empreendimento único, com início e fim definidos, que faz uso de recursos limitados, que visam a atingir metas e objetivos previamente estabelecidos dentro de parâmetros de prazo, custo e qualidade.

## Nono passo



### A gestão do Plano

A gestão do plano trata-se do acompanhamento da execução do plano operativo, por meio de um sistema capaz de responder com qualidade e compromisso o andamento da efetivação das ações, utilizando de prestação de contas e avaliações, garantindo uma análise das causas e motivos do sucesso ou não de um plano.

A gestão do plano significa assumir compromisso de executar, dentro de um determinado prazo, tarefas específicas, que deverão ser acompanhadas e controladas promovendo sua execução. Prestar contas é também conseguir avaliar sistematicamente o impacto das operações sobre os problemas que estão sendo enfrentados.

É importante destacar que a flexibilidade do planejamento é uma de suas características mais importantes, conferindo-lhe momentos e/ou espaços para sua releitura.

Para cada ação ou um conjunto delas, devem ser propostos mecanismos ou formas de monitoramento. Essa ação é fundamental para o acompanhamento dos resultados das ações propostas.

Sendo a intersectorialidade característica importante nas ações para promoção da saúde, tratar com outros setores da saúde e, até mesmo, outras áreas da gestão pública e sociedade civil, ela possivelmente, implicará cuidados para não estagnar o processo de desenvolvimento do plano, em decorrência de impasses estruturais, como cancelamento de reuniões e desinteresse dos setores apontados como possíveis parceiros para os planejadores. Por isso, é importante, já no primeiro passo, identificar os atores do planejamento à luz do objetivo macro do plano: promoção da saúde da população.



Biblioteca

Leia o texto de apoio da adaptação dos 11 passos propostos por Silva (2001), acessando o artigo: “Onze passos para o planejamento participativo em saúde” na biblioteca virtual do curso.

### Usando as ferramentas: Como usar o modelo lógico

Objetivando operacionalizar os passos aqui apresentados iremos exemplificar detalhando a elaboração do modelo lógico do programa.



Internet

### Mais detalhes sobre Modelo lógico podem ser vistos em:

Manual para Avaliação de Atividade Física <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manualativfisica.pdf>> ou na biblioteca virtual do curso.

Digamos que, no macro planejamento de promoção da saúde para o município, faça parte do conjunto de ações *implementar o projeto ou programa de promoção da saúde que foi aprovado no edital lançado pelo Ministério da Saúde*. Uma estratégia recomendada para ajudar no planejamento e avaliação do desenvolvimento deste projeto/programa é a construção do seu modelo lógico, inclusive, esta construção pode ser um dos objetivos propostos no planejamento para o projeto/programa em questão.

O Modelo Lógico é uma fotografia do projeto. Busca configurar um desenho do seu funcionamento para resolver os problemas identificados. É uma ferramenta interativa que serve como quadro de referência durante todo o planejamento, implementação e avaliação do projeto. A sua elaboração envolve as partes interessadas, servindo, simultaneamente, como orientação durante o desenvolvimento e avaliação do projeto/programa.

Há vários tipos de modelo lógico. Utilizaremos aqui a estrutura proposta pelo *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, EUA, que orienta as avaliações da REDE GUIA – avaliação de efetividade de projetos de práticas corporais/atividade física – no Brasil.



### Qual a utilidade do Modelo Lógico?

O Modelo Lógico ajuda a:

- estabelecer a estratégia do programa;
- justificar por que o programa funcionará;
- avaliar a eficácia potencial de uma abordagem específica;
- definir objetivos adequados;
- estabelecer prioridades para distribuição de recursos;
- incorporar os resultados obtidos por pesquisas e projetos de demonstração;
- fazer ajustes e melhorias durante o andamento do programa;
- identificar diferenças entre o programa ideal e o seu funcionamento na prática;
- especificar os tipos de perguntas que devem ser feitas na avaliação;
- fazer com que as partes interessadas prestem contas com relação aos processos e resultados do programa;
- desenvolver um programa melhor.

Os componentes do Modelo Lógico são:

**Insumos** – investimentos ou recursos que serão necessários ao planejamento, implementação, gestão e avaliação da proposta de ação. Inclui tanto materiais e/ou equipamentos, quanto pessoal (profissionais, voluntários, parceiros). Neste componente, podem ser construídos os indicadores de estrutura para avaliação posterior. Com o modelo lógico é possível visualizar, por exemplo, que a estrutura ou os profissionais disponíveis não foram suficientes ou pertinentes para o desenvolvimento adequado das ações e consequente impacto positivo nos resultados esperados.

**Atividades** – são os processos que, combinando apropriadamente os recursos adequados, produzem bens e serviços com os quais se pretende atingir os objetivos.

**Produtos** – bem ou serviço resultante do processo de produção de uma ação. Recomenda-se que cada ação deva corresponder apenas a um produto.

Observando os componentes **atividades e produtos** no modelo lógico do projeto, é possível construir indicadores de processo, que auxiliarão no monitoramento das ações, verificando sua pertinência no bom desenvolvimento do projeto e na construção dos resultados finais esperados.

**Resultados** – mudanças e benefícios associados à implementação das operações do projeto. São mudanças específicas no comportamento, conhecimento, habilidades, *status* ou nível de desempenho do participante do programa, que podem incluir melhoria nas condições de vida, aumento da capacidade e/ou mudanças na área política (IPEA, 2007).

### Como se constrói um modelo lógico de um projeto/programa?

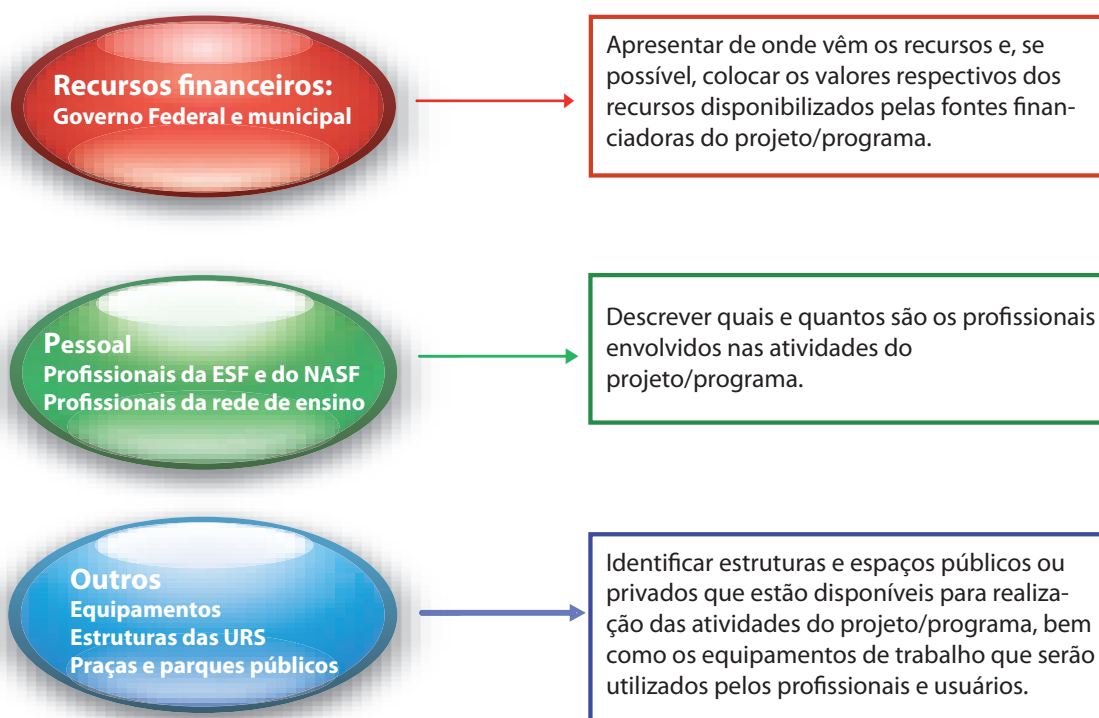


Um primeiro passo é identificar quem participa ativamente do desenvolvimento do programa. Aqui ocorre o passo 1, que é a identificação dos atores especificamente relacionados ao projeto/programa de atividade física. São incluídos profissionais, gestores e instituições financiadoras ou apoiadoras de pesquisas.

Os parceiros do projeto precisam ser identificados, bem como os equipamentos e estruturas disponíveis para realização das atividades relacionadas ao projeto/programa.

Todos estes componentes constarão no conjunto de estruturas/Recurso financeiros/pessoal/Insumos do modelo lógico:

## ESTRUTURA/PESSOAL/INSUMOS



A natureza do projeto/programa (de que se trata o programa) e a identificação do problema (qual é a situação problema) que se quer atingir e transformar ajudarão a definir o objetivo geral (o que o projeto/programa pretende), público-alvo (para quem é o projeto/programa) e as atividades (o que será realizado/oferecido) que serão desenvolvidas. Estes são os passos seguintes na elaboração do modelo lógico.

Neste sentido, as atividades estarão diretamente ligadas aos resultados que se pretende atingir com a implementação do projeto/programa, bem como com as possibilidades de atuação dos profissionais mediante a disponibilidade de equipamentos e estruturas.

Exemplificando o problema como *a alta incidência de doenças do aparelho circulatório e a falta de espaços para a prática do lazer ou atividades físicas regulares, contribuindo na baixa prevalência de pessoas ativas no tempo livre*, e o objetivo como *promover o aumento de atividade física no tempo livre da população de determinado território ou município*, as atividades propostas deverão incluir, além das mais comuns em projetos/programas desta natureza, movimentos que impliquem a intersectorialidade de políticas favorecendo o alcance dos resultados esperados, entre eles, o aumento da atividade física no tempo livre, pois, sem a readequação ou construção de espaços públicos de lazer, bem como a melhoria na segurança pública, dificilmente este resultado será alcançado.



Veja o exemplo a seguir:

**ATIVIDADES**

- Orientação para a prática de atividade física
- Aulas de ginástica e dança
- Realização de competições esportivas
- Produção e distribuição de materiais informativos
- Realização de seminários
- Realização de oficinas de capacitação dos profissionais das redes de saúde e educação
- Realização de reuniões para articulação ações conjuntas com as secretarias de educação, cultura, esporte, infraestrutura, ação social, meio ambiente, entre outras

Apresentar o conjunto de atividades que serão desenvolvidas pelo projeto/programa, desde a realização de reuniões até a produção de material educativo.

Especificar exatamente o objeto da atividade evitando termos que dificilmente são quantificados.

Então, usar descritores como: reunião, oficina, fórum, campanha na mídia ou nas escolas, produção de folders ou cartilhas, entre outros.

Observar que, estando ligada a capacidade de atuação dos profissionais disponíveis e os resultados esperados, não são cabíveis atividades desconexas destes dois componentes, como, por exemplo, construir espaços públicos ou realizar exames de média ou alta complexidade.

Os produtos estão diretamente ligados às atividades. São a resultante – e não o resultado – destas últimas. Portanto, não se pode obter um produto se não foi pensada uma atividade para tal fim. Recomenda-se que cada produto esteja ligado a uma atividade. Porém, os planejadores não estão impedidos de relacionar um produto a mais de uma atividade.

**PRODUTOS**

- Número de pessoas orientadas para a prática de atividade física.
- Número de aulas realizadas.
- Número de competições realizadas.
- Quantidade de material produzido e distribuído.
- Número de seminários realizados e de pessoas que participaram.
- Número de oficinas realizadas e de profissionais capacitados.

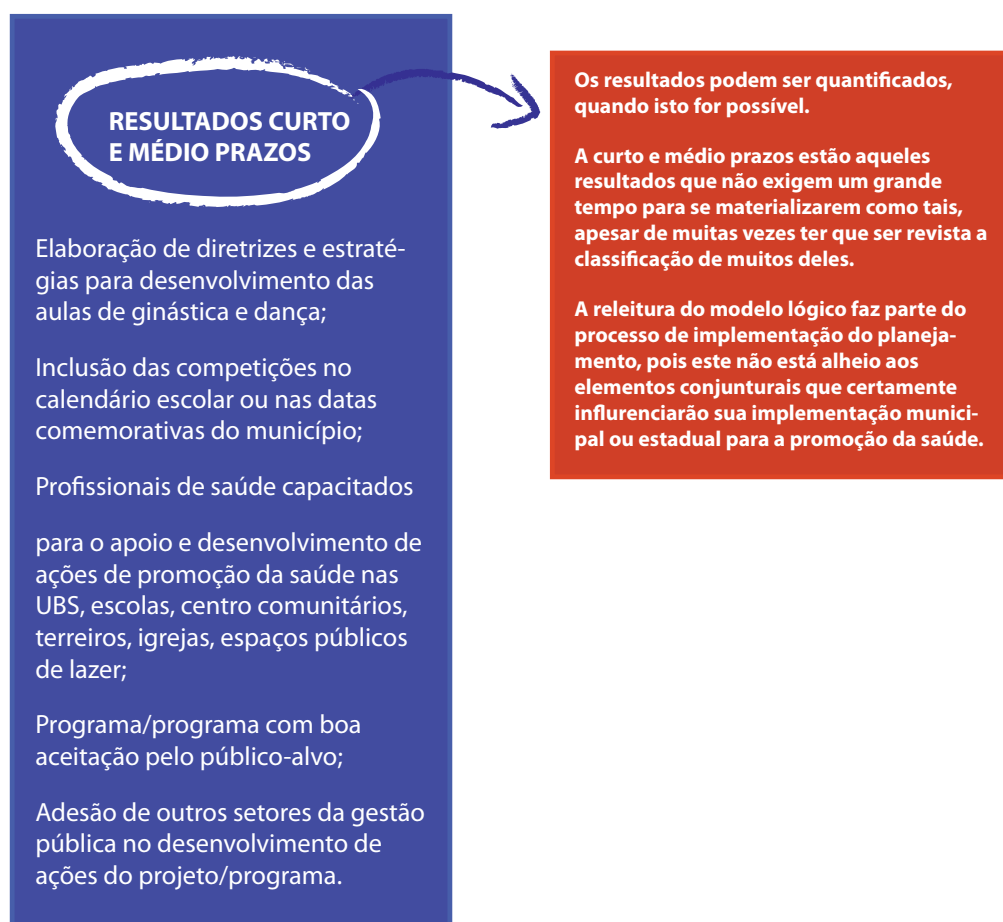
Os produtos são componentes quantificáveis no modelo lógico.

Correspondem exatamente às ações desenvolvidas e podem resultar de uma ou mais atividade desenvolvidas.

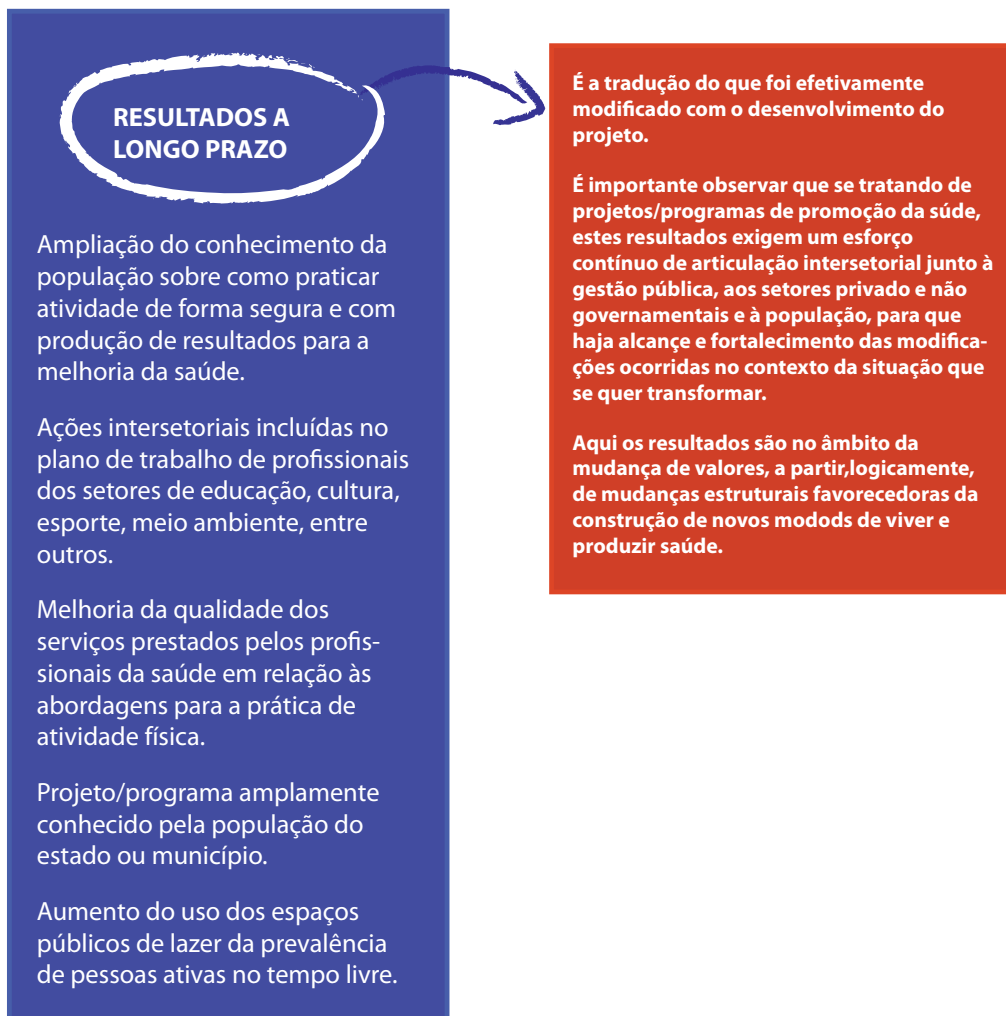
Como já mencionado, os resultados estão ligados a todos os componentes do modelo lógico, respeitando a mesma exigência de interlocução ressaltada nos componentes anteriormente trabalhados. Assim, não é possível obter determinados resultados se não foram previstos número ou especificidade adequada de profissionais, estruturas, equipamentos e atividades que favoreçam o seu alcance. Podem ser iniciais (ou a curto prazo), intermediários (ou a médio prazo), e final (ou a longo prazo). Porém, é possível estruturá-los no modelo lógico apenas como resultados iniciais e a longo prazo ou como resultados a médio e a longo prazo.

Os resultados também estão ligados aos objetivos do projeto/programa, especialmente com seu objetivo central. O monitoramento dos resultados dirá o andamento do projeto em relação ao sucesso no alcance do objetivo proposto.

Veja a ilustração a seguir deste componente do modelo lógico:

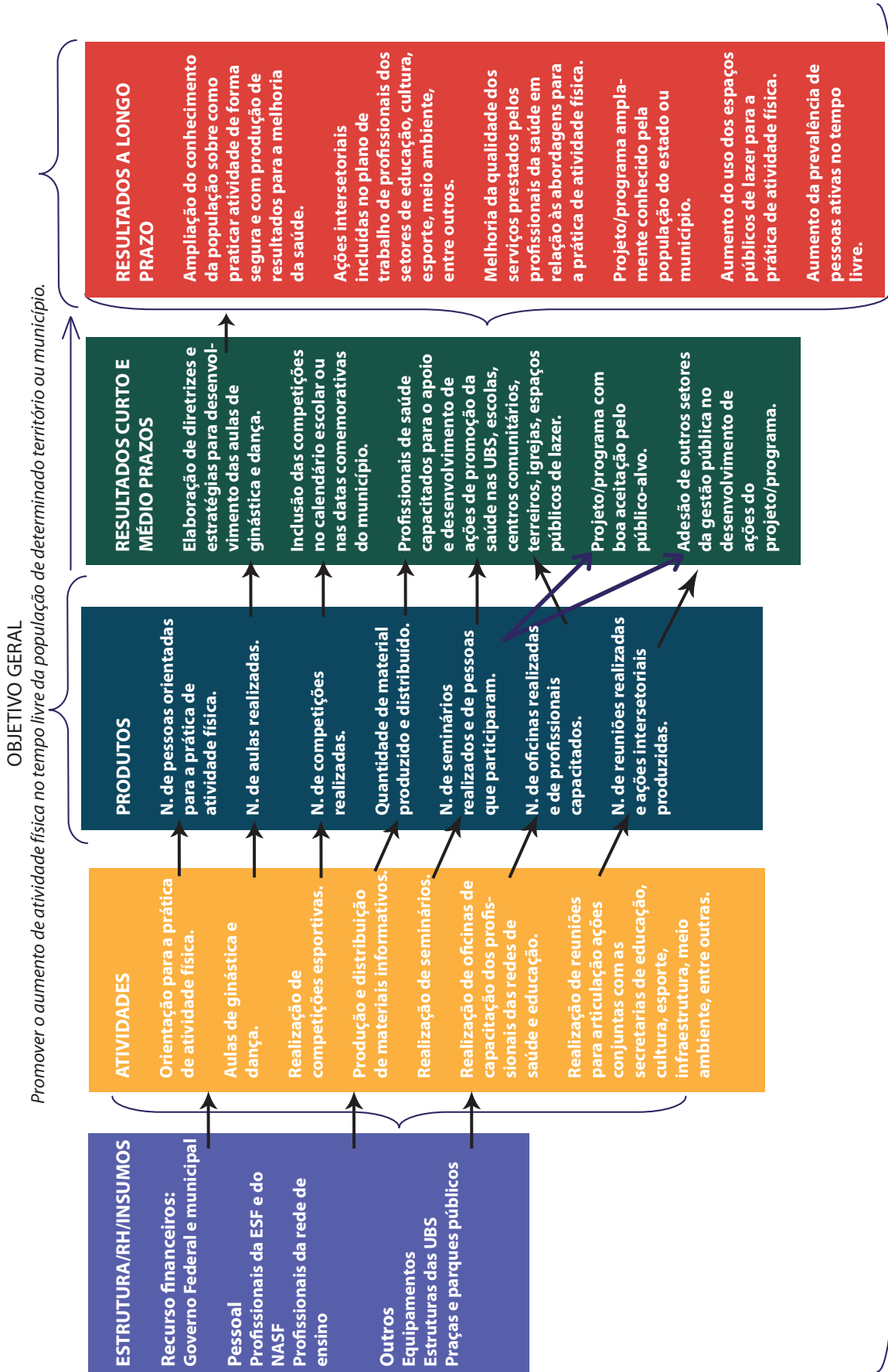


Já os resultados a **longo prazo** traduzem a **efetividade do projeto**. Requerem um tempo maior para se materializarem completamente. Seu alcance pode ser indiretamente monitorado por meio da observação dos demais resultados.



Todos os componentes discutidos, se unidos, formarão o modelo lógico do projeto/programa constante no planejamento macro em promoção da saúde.

Observe o exemplo de modelo lógico construído na íntegra:



## Décimo passo



### Realizar avaliação

Avaliar é perceber se as ações planejadas estão modificando a realidade e conduzindo aos resultados propostos.

Podemos dizer que *avaliação é uma ação fundamental para o sucesso do planejamento*. Não há como tomar decisões fundamentadas e acertadas se não conhecemos os resultados alcançados em cada momento que decidimos avaliar. Para realizar uma avaliação, é preciso conhecer o que será avaliado.

O desafio de avaliar as intervenções relacionadas à promoção da saúde é grande e a avaliação de serviços e intervenções encontra-se em expansão e diversificação conceitual e metodológica, constituindo-se em importante instrumento dos administradores para a tomada de decisão. A avaliação de uma intervenção deve permitir não somente o julgamento de sua eficácia, mas também dos fatores explicativos dos resultados obtidos, tendo em vista modificações posteriores (HARTZ, 1997; NOVAES, 2000; MALTA; MORAIS NETO, 2007).

Segundo Contandriopoulos et al. (1997, p. 40), “a avaliação é uma atividade tão velha quanto o mundo, banal e inerente ao processo de aprendizado. Hoje também é um conceito em moda, com contornos vagos e que agrupa realidades múltiplas e diversas”.

Logo após a Segunda Guerra Mundial, apareceu o conceito de avaliação dos programas públicos. No decorrer dos anos 1970, a necessidade de avaliação das ações sanitárias se impôs, criando-se, em diversos países, organismos encarregados de avaliar as novas tecnologias. Essa proliferação é, certamente, o sinal de uma necessidade, mas também é sinal de complexidade da área (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; DENIS; CHAMPAGNE, 1997, MALTA; MORAIS NETO, 2007).

A avaliação é conceituada como “Processo de determinação, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos. É um processo organizacional para implementação de atividades e para colaborar no planejamento, programação e tomada de decisão” (OMS, 2000).

As dificuldades do processo de avaliação são inúmeras, tanto conceituais quanto operacionais. Avaliar é atribuir valor, entretanto, nem sempre estão estabelecidos os critérios sobre os quais se determina este valor e tampouco os objetos que serão valorizados. Destaca-se também que a avaliação não é imparcial, dotada de suposta neutralidade técnica, mas depende da visão de mundo daqueles que a realizam. A maneira como se estrutura o sistema de informação subordina-se a alguma concepção de modelo assistencial. A própria construção da análise destas informações igualmente é dotada de intencionalidade e direcionalidade. Da mesma forma, não há um único caminho avaliativo, ou seja, não existe uma verdade única na esfera dos fenômenos sociais, às vezes, são selecionadas algumas dimensões para a análise em detrimento de outras. Os seus resultados são aproximações da realidade e podem ser operacionalizados por vários caminhos (MALTA, 2001).

A avaliação é um dispositivo de produção de informação e, conseqüentemente, fonte de poder para os atores que a controlam, por isso o avaliador deve fazer o papel de um

agente facilitador e de pedagogo, na utilização dos resultados. A informação é uma ferramenta de negociação entre interesses múltiplos e não verdade absoluta (idem).

Torna-se importante avaliar as intervenções, visando verificar seus acertos e limites. O resultado da avaliação é importante para os dirigentes, no sentido de validar a intervenção, provendo adequação de rumos, ampliação de seu escopo, ou mesmo descontinuidade no caso de resultados desfavoráveis.

A OMS (2000) justifica a importância da prática da avaliação por possibilitar as melhores escolhas por parte dos indivíduos e pela opção de políticas públicas mais efetivas para a coletividade. A avaliação é adequada “para proteger as pessoas e ajudá-las a se protegerem. Os governos precisam ter capacidade para avaliar os riscos e escolher as intervenções com melhor relação custo efetividade, bem como financeiramente viáveis, para se evitar os riscos” Como se constrói um modelo lógico de um projeto/programa? (idem).

Autores como Habicht, Victora e Vaughan (1999) discutem a importância da avaliação no processo de influenciar decisões. A avaliação, sua complexidade e precisão, estão diretamente relacionadas ao profissional e/ou cargo que é responsável pela tomada de decisão e ao conjunto de decisões que serão possíveis em função do conteúdo (informações) produzido pelo processo avaliativo.

O avanço da avaliação em Saúde Pública deve ser acompanhado do emprego de construções metodológicas diversas, visando apreender a realidade e as transformações oriundas de uma determinada forma de intervir em saúde. Neste caso, torna-se necessário avançar tanto na utilização de métodos de coleta de dados quantitativos quanto qualitativos, possibilitando integrar enfoques metodológicos diversos.

No caso deste curso de promoção à saúde não iremos aprofundar nas metodologias avaliativas, mas iremos indicar fontes para aprofundamento de avaliação de métodos quantitativos e qualitativos, considerando a complexidade do tema.

Torna-se importante ressaltar que estes enfoques devem ser complementares, e o ideal é trabalhar integrando metodologias diversas. A escolha do método se dará em função da pergunta avaliativa que se coloca, que sem dúvida é quem guiará a opção metodológica.

Torna-se um desafio avançar no sentido de institucionalizar a avaliação, visando integrá-la em um sistema organizacional, no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um sistema em que a ação articule necessariamente elementos vinculados à análise e à gestão, entendendo que atividades avaliativas e gestoras devem integrar todo modelo de organização do processo de trabalho em saúde. (HARTZ, 2002).



Saiba Mais

**Para aprofundamento de avaliação quantitativa, consulte:**

*Guia Metodológico de Avaliação e Definição de indicadores.* Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Rede Carmem. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília. 2007, 233 p. Consulte em especial as páginas de 176 a 206

[http://10.1.1.213/portal/arquivos/pdf/guia\\_rede\\_carmem.pdf](http://10.1.1.213/portal/arquivos/pdf/guia_rede_carmem.pdf)

Esta referência apoia-se no referencial teórico de Habitch et al. (1999) quando são adotados indicadores de oferta, utilização, cobertura e impacto e discute-se ainda o grau de inferência necessário para responder à pergunta avaliativa (adequação, plausibilidade e probabilística).

Para aprofundamento das avaliações qualitativas em promoção da saúde, torna-se importante a avaliação do contexto, o empoderamento e desenvolvimento das capacidades locais.



Saiba Mais

**Para aprofundamento de avaliação qualitativa em promoção da saúde, consulte o texto:**

Sá Franco, R.; Moyses, S. T. *O processo avaliativo em promoção à saúde com estratégia de empoderamento local e de desenvolvimento de capacidades*. B. Tec. SENAC. R Educ. Prof. Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, maio/ago.2009

Disponível em: <<http://www.senac.br/conhecimento/bts-tudo.html>>

Chegamos ao final do nosso capítulo, e concluímos que o planejamento em promoção da saúde deve ser compreendido como uma ação construída a partir do contexto local, utilizando dos instrumentos gerenciais próprios do setor saúde, fomentando discussões intersetoriais e junto às instâncias de controle social, pensando intervenções capazes de promover enfrentamento criativo dos problemas que fazem parte da vida – a maior expressão da Promoção da Saúde (PEDROSA, 2004).

Agora que você já conhece alguns processos de planejamento e avaliação em saúde e suas características, responda ao exercício a seguir com base no projeto de Promoção da Saúde que você está desenvolvendo no Estado ou município.

## REFERÊNCIAS

### Módulo 3

MORAIS NETO, O. L.; CASTRO, A. M. Promoção da Saúde na atenção básica. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, ano 9, n. 17, jan./mar. 2008.

MOYSÉS, S. J. et al. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção da saúde: a experiência de Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, 2004.

OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P. G. Co-produção de Projetos Coletivos e Diferentes “Olhares” sobre o Território. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, p. 247-272.

OMS. Health Literacy and Health Promotion – Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Working draft document for discussion at the 7th Global Conference on Health Promotion, “Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap”, Nairobi, Kenya, 26-30 October 2009a. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/documents/en/index4.html>>. Acesso em: 12 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. *Community Empowerment with Case Studies from the South-East Asia Region*. Working draft document for discussion at the 7th Global Conference on Health Promotion, “Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap”, Nairobi, Kenya, 26-30 October 2009b. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/documents/en/index4.html>>. Acesso em: 12 abr. 2010.

ONOCKO, C.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção da autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: HUCITEC; Ed. Fiocruz, p. 660-688, 2006.

OUVERNEY, A. M. Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 42, p. 12-22, abr. 2008.

PAN AMERICA HEALTH ORGANIZATION. Methodological summaries in Epidemiology Health Situation Analysis. *Epidemiol. Bull.* 1999, v. 20, p. 1-3.

PAIM, J. S. Por um planejamento das práticas de saúde. *Saúde & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, 1999.

\_\_\_\_\_. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a Promoção da Saúde. In: *Promoção da Saúde: conceitos, práticas e reflexões*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 161-174, 2003.

PASCHE, D. F.; HENNINGTON, E. A. O Sistema Único de Saúde e a Promoção da Saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. *SUS: Resignificando a Promoção da Saúde*. São Paulo: Hucitec; Opus, 2006.



PINHEIRO, M. C.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Equidade em Saúde nos Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Pós-Constituição Federal de 1988. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 21, v. 2, p. 449-458, 2005.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações/Rede Interagencial de Informação para a Saúde – RIPSA. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RIVERA, F. J. U. et al. *Planejamento Criativo*. Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumara, 1992.

SÁ FRANCO, R.; MOYSES, S. T. O processo avaliativo em promoção à saúde com estratégia de empoderamento local e de desenvolvimento de capacidades. B. Tec. SENAC. *Revista Educação Profissional*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, maio/ago. 2009.

SANTOS, M. *Da Totalidade ao Lugar*. São Paulo: EDUSP, 2005.

SCHERER WARREN, I. *Redes de movimentos sociais*. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

SILVA, M. J. P. Onze passos do planejamento estratégico participativo. In: MARKUS, B. (Org.). *Metodologia Participativa*. Uma introdução a 20 instrumentos. Porto Alegre: Tomo Editorial, p. 161-176, 2001.

SILVEIRA, C.; BOCAYUVA, C.; ZAPATA, T. Ações integradas e desenvolvimento local: tendências, oportunidades e caminhos. In: SPINK, P.; BAVA, S. C. E.; PAULICS, V. *Novos contornos da gestão local: conceitos em construção*. São Paulo: Instituto Pólis, 2002.

SUCUPIRA, A. C. Marco conceitual da Promoção da Saúde no PSF. *Revista de Políticas Públicas – SANARE*, Sobral/CE, ano IV, n. 1, jan./mar. p. 11-14, 2003.

TANCREDI, F. B. *Saúde & Cidadania – Planejamento em Saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 2. v. (Série C).

TESTA, M. *Pensamento Estratégico e Lógica de Programação*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, 1995.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Physical Activity Evolucion Handbook*. Atlanta, GA. EUA. 2002. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa>>. Acesso em: 9 maio 2009.

WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe, 1990 (discussion paper EUR/ICP/RPD 414).





# ANEXOS

POLÍTICA NACIONAL  
DE PROMOÇÃO DA SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Secretaria de Atenção à Saúde

# Política Nacional de Promoção da Saúde

2.<sup>a</sup> edição

Série B. Textos Básicos de Saúde  
Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7



Brasília – DF  
2007

© 2006 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série B. Textos Básicos de Saúde  
Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7

Tiragem: 2.ª edição – 2007 – xx exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Análise de Situação e Saúde

Núcleo de Comunicação

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, sobreloja, sala 134

CEP: 70058-900 – Brasília – DF

Tel.: (61) 3315-3678

Fax: (61) 3325-2103

E-mail: [svs@saude.gov.br](mailto:svs@saude.gov.br)

Home page: <http://www.saude.gov.br/svs>

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 6.º andar, sala 655

CEP: 70058-900 – Brasília – DF

Tel.: (61) 3315-2497 / 3315-3543

Fax: (61) 3226-4340

Home page: <http://www.saude.gov.br/dab/>

*Elaboração:*

Otaliba Libânio Morais Neto

Deborah Carvalho Malta

Adriana Miranda de Castro

Cristiane Scolari Gosch

Dais Gonçalves Rocha

Marta Maria Alves da Silva

Luis Fernando Rolim Sampaio

Carmem Lucia de Simoni

Gisele Bahia

Beatriz Figueiredo Dobashi

*Revisão:*

Lilian Assunção

Ângela Nogueira

*Capa, projeto gráfico e diagramação:*

Gilberto Tomé

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

---

#### Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

56 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7)

ISBN 85-334-1198-7

1. Promoção da saúde. 2. Qualidade de vida. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Série.

NLM WA 590

---

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0715

*Títulos para indexação:*

Em inglês: National Policy of Health Promotion

Em espanhol: Política Nacional de Promoción de la Salud

# Sumário

**5 Apresentação**

**9 Introdução**

**17 Objetivo geral**

**17 Objetivos específicos**

**19 Diretrizes**

**20 Estratégias de implementação**

**23 Responsabilidades das esferas de gestão**

23 Gestor federal

24 Gestor estadual

25 Gestor municipal

**29 Ações específicas**

29 Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde

29 Alimentação saudável

33 Prática corporal/atividade física

35 Prevenção e controle do tabagismo

37 Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas

37 Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito

37 Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz

38 Promoção do desenvolvimento sustentável

**39 Referências**

**41 Anexos**

**42 Anexo A**

42 Portaria nº 1.409, de 13 de junho de 2007

**45 Anexo B**

45 Portaria nº 2.608, de 28 de dezembro de 2005

**50 Anexo C**

50 Portaria Interministerial nº 1.010, de 8 de maio de 2006 /  
Gabinete do Ministro



# Apresentação

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há, pois, um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos.

O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto pela Vida que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um.

Entre as macroprioridades do Pacto em Defesa da Vida, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família; a promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento.

Nessa direção, o desafio colocado para o gestor federal do SUS consiste em propor uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privados e não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde.

A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde ratifica o compromisso da atual gestão do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Portaria nº 687, de 30 março de 2006

**Aprova a Política de  
Promoção da Saúde**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para Promoção da Saúde em consonância com os princípios do SUS; e

Considerando o Pacto pela Saúde, suas diretrizes operacionais e seus componentes – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS –, firmado entre as três esferas de governo para a consolidação do SUS; resolve:

Art. 1º – Aprovar a Política Nacional de Promoção da Saúde, conforme documento disponível no seguinte endereço eletrônico: [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)

Atr. 2º – Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**Saraiva Felipe**



# Introdução

As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado, produziram alterações significativas para a vida em sociedade.

Ao mesmo tempo, tem-se a criação de tecnologias cada vez mais precisas e sofisticadas em todas as atividades humanas e o aumento dos desafios e dos impasses colocados ao viver.

A saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres em toda sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade nesse período. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários.

Nas últimas décadas, tornou-se mais e mais importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população.

Além disso, a análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas.

No Brasil, pensar outros caminhos para garantir a saúde da população significou pensar a redemocratização do País e a constituição de um sistema de saúde inclusivo.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) tinha como tema “Democracia é Saúde” e constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986). Era um momento chave do movimento da Reforma

Sanitária brasileira e da afirmação da indissociabilidade entre a garantia da saúde como direito social irrevogável e a garantia dos demais direitos humanos e de cidadania. O relatório final da 8ª CNS lançou os fundamentos da proposta do SUS (BRASIL, 1990a).

Na base do processo de criação do SUS encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Nesse sentido, o SUS, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde.

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde.

Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária, e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/ arranjos ocorridos no processo saúde-adoecimento ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária. Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elegem determi-

nadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida.

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham.

Nesta direção, a promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias, e na execução das agendas governamentais a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social.

O exercício da cidadania, assim, vai além dos modos institucionalizados de controle social, implicando, por meio da criatividade e do espírito inovador, a criação de mecanismos de mobilização e participação como os vários movimentos e grupos sociais, organizando-se em rede.

O trabalho em rede, com a sociedade civil organizada, exige que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e vivenciadas pela população nos diferentes territórios e, concomitantemente, garanta a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde.

A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da Saúde,

gestores do setor sanitário e de outros setores –, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. O paradigma promocional vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da Saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas faça-se por meio da construção e da gestão compartilhadas.

Desta forma, o agir sanitário envolve fundamentalmente o estabelecimento de uma rede de compromissos e co-responsabilidades em favor da vida e da criação das estratégias necessárias para que ela exista. A um só tempo, comprometer-se e co-responsabilizar-se pelo viver e por suas condições são marcas e ações próprias da clínica, da saúde coletiva, da atenção e da gestão, ratificando-se a indissociabilidade entre esses planos de atuação.

Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Na Constituição Federal de 1988, o estado brasileiro assume como seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do estado no País, entre os quais a saúde (BRASIL, 1988).

Neste contexto, a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, como também à formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer.

No texto constitucional tem-se ainda que o sistema sanitário brasileiro encontra-se comprometido com a integralidade da atenção à saúde, quando suas ações e serviços são instados a trabalhar pela promoção,



proteção e recuperação da saúde, com a descentralização e com a participação social.

No entanto, ao longo dos anos, o entendimento da integralidade passou a abranger outras dimensões, aumentando a responsabilidade do sistema de saúde com a qualidade da atenção e do cuidado. A integralidade implica, além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário.

A ampliação do comprometimento e da co-responsabilidade entre trabalhadores da Saúde, usuários e território em que se localizam altera os modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde, uma vez que a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias e, simultaneamente, exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde. Assim, coloca-se ao setor Saúde o desafio de construir a intersectorialidade.

Compreende-se a intersectorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem.

O processo de construção de ações intersectoriais implica na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros

setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes.

O compromisso do setor Saúde na articulação intersetorial é tornar cada vez mais visível que o processo saúde-adoecimento é efeito de múltiplos aspectos, sendo pertinente a todos os setores da sociedade e devendo compor suas agendas. Dessa maneira, é tarefa do setor Saúde nas várias esferas de decisão convocar os outros setores a considerar a avaliação e os parâmetros sanitários quanto à melhoria da qualidade de vida da população quando forem construir suas políticas específicas.

Ao se retomar as estratégias de ação propostas pela Carta de Ottawa (BRASIL, 1996) e analisar a literatura na área, observa-se que, até o momento, o desenvolvimento de estudos e evidências aconteceu, em grande parte, vinculado às iniciativas ligadas ao comportamento e aos hábitos dos sujeitos. Nesta linha de intervenção já é possível encontrar um acúmulo de evidências convincentes, que são aquelas baseadas em estudos epidemiológicos demonstrativos de associações convincentes entre exposição e doença a partir de pesquisas observacionais prospectivas e, quando necessário, ensaios clínicos randomizados com tamanho, duração e qualidade suficientes (BRASIL, 2004a).

Entretanto, persiste o desafio de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias mais amplas que foram definidas em Ottawa (BRASIL, 1996) e que estejam mais associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Promoção da Saúde, a saber: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade.

A partir das definições constitucionais, da legislação que regulamenta o SUS, das deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007) (BRASIL, 2004b), o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a

reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde.

Entende-se que a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não-governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida.

Vê-se, portanto, que a promoção da saúde realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem.

No esforço por garantir os princípios do SUS e a constante melhoria dos serviços por ele prestados, e por melhorar a qualidade de vida de sujeitos e coletividades, entende-se que é urgente superar a cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e das necessidades da sociedade, evitando o desperdício de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações e, conseqüentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes.

Nesse sentido, a elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde é oportuna, posto que seu processo de construção e de implantação/implementação – nas várias esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade – provoca a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde.



## Objetivo geral

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

## Objetivos específicos

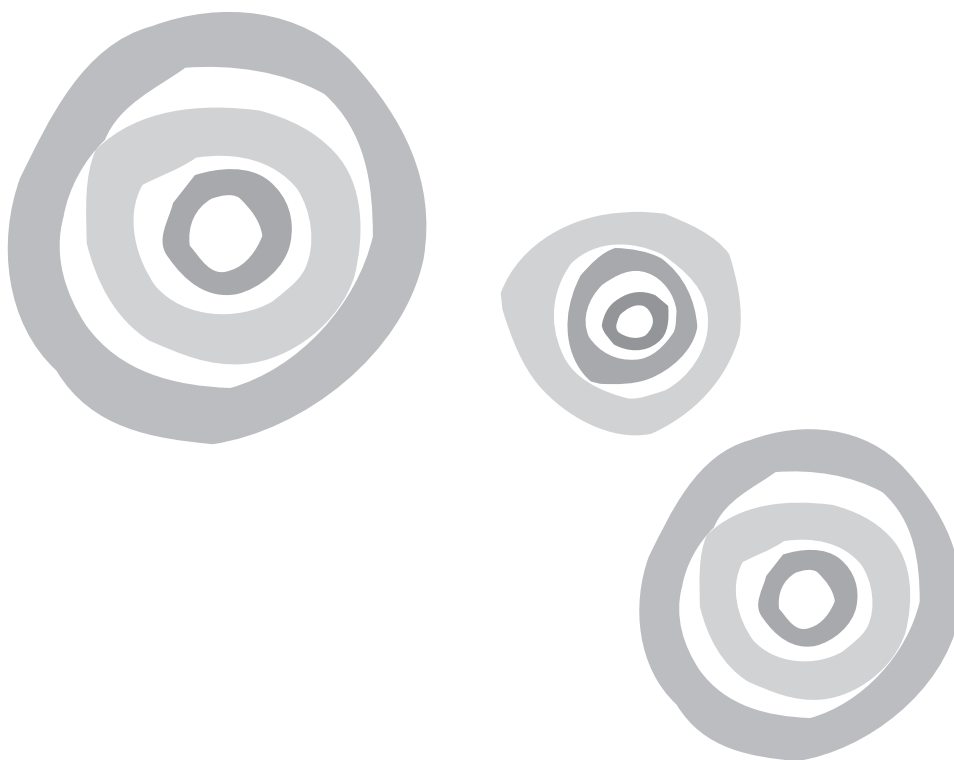
- I – Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica;
- II – Ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras);
- III – Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores de saúde, tanto das atividades-meio, como os da atividades-fim;
- IV – Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde;
- V – Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde;
- VI – Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde;
- VII – Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis;

- VIII – Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais;
- IX – Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática;
- X – Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde;
- XI – Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no País; e
- XII – Valorizar e ampliar a cooperação do setor Saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade.



## Diretrizes

- I – Reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde;
- II – Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde;
- III – Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário;
- IV – Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;
- V – Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas; e
- VI – Divulgar e informar das iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.



## Estratégias de implementação

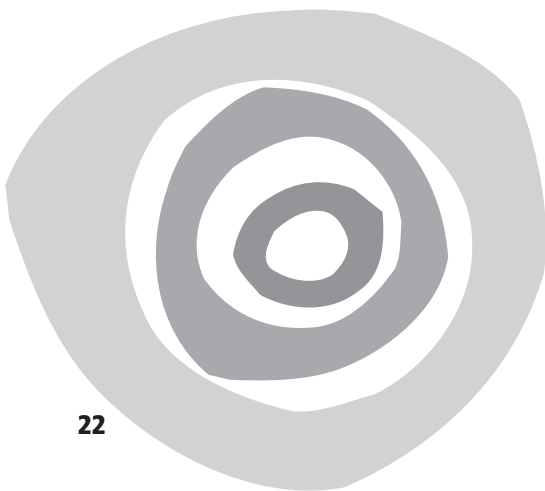
De acordo com as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS – Ministério da Saúde, estados e municípios, destacamos as estratégias preconizadas para implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde.

- I – Estruturação e fortalecimento das ações de promoção da saúde no Sistema Único de Saúde, privilegiando as práticas de saúde sensíveis à realidade do Brasil;
- II – Estímulo à inserção de ações de promoção da saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde; alimentação saudável e prevenção, e controle ao tabagismo;
- III – Desenvolvimento de estratégias de qualificação em ações de promoção da saúde para profissionais de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde;
- IV – Apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular referentes à promoção da saúde que atuem na Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde:
  - a) estímulo à inclusão nas capacitações do SUS de temas ligados à promoção da saúde; e
  - b) apoio técnico a estados e municípios para inclusão nas capacitações do Sistema Único de Saúde de temas ligados à promoção da saúde.
- V – Apoio a estados e municípios que desenvolvam ações voltadas para a implementação da Estratégia Global, vigilância e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis;
- VI – Apoio à criação de Observatórios de Experiências Locais referentes à Promoção da Saúde;
- VII – Estímulo à criação de Rede Nacional de Experiências Exitosas na adesão e no desenvolvimento da estratégia de municípios saudáveis:



- a) identificação e apoio a iniciativas referentes às Escolas Promotoras da Saúde com foco em ações de alimentação saudável; práticas corporais/atividades físicas e ambiente livre de tabaco;
  - b) identificação e desenvolvimento de parceria com estados e municípios para a divulgação das experiências exitosas relativas a instituições saudáveis e ambientes saudáveis;
  - c) favorecimento da articulação entre os setores da saúde, meio ambiente, saneamento e planejamento urbano a fim de prevenir e/ou reduzir os danos provocados à saúde e ao meio ambiente, por meio do manejo adequado de mananciais hídricos e resíduos sólidos, uso racional das fontes de energia, produção de fontes de energia alternativas e menos poluentes;
  - d) desenvolvimento de iniciativas de modificação arquitetônicas e no mobiliário urbano que objetivem a garantia de acesso às pessoas portadoras de deficiência e idosas; e
  - e) divulgação de informações e definição de mecanismos de incentivo para a promoção de ambientes de trabalho saudáveis com ênfase na redução dos riscos de acidentes de trabalho.
- VIII – Criação e divulgação da Rede de Cooperação Técnica para Promoção da Saúde;
- IX – Inclusão das ações de promoção da saúde na agenda de atividades da comunicação social do SUS:
- a) apoio e fortalecimento de ações de promoção da saúde inovadoras utilizando diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação;
- X – Inclusão da saúde e de seus múltiplos determinantes e condicionantes na formulação dos instrumentos ordenadores do planejamento urbano e/ou agrário (planos diretores, agendas 21 locais, entre outros);

- XI – Estímulo à articulação entre municípios, estados e Governo Federal valorizando e potencializando o saber e as práticas existentes no âmbito da promoção da saúde:
- a) apoio às iniciativas das secretarias estaduais e municipais no sentido da construção de parcerias que estimulem e viabilizem políticas públicas saudáveis;
- XII – Apoio ao desenvolvimento de estudos referentes ao impacto na situação de saúde considerando ações de promoção da saúde:
- a) apoio à construção de indicadores relativos as ações priorizadas para a Escola Promotora de Saúde: alimentação saudável; práticas corporais/atividade física e ambiente livre de tabaco; e
- XIII – Estabelecimento de intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, formação, educação permanente e pesquisa com unidades federativas e países onde as ações de promoção da saúde estejam integradas ao serviço público de saúde:
- a) criação da Rede Virtual de Promoção da Saúde.



# Responsabilidades das esferas de gestão

## Gestor federal

- I – Divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde;
- II – Promover a articulação com os estados para apoio à implantação e supervisão das ações referentes às ações de promoção da saúde;
- III – Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite;
- IV – Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das ações de promoção da saúde para instrumentalização de processos de gestão;
- V – Definir e apoiar as diretrizes capacitação e educação permanente em consonância com as realidades locais/regionais;
- VI – Viabilizar linhas de financiamento para a promoção da saúde dentro da política de educação permanente, bem como propor instrumentos de avaliação de desempenho;
- VII – Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e da implementação das iniciativas de promoção da saúde, garantindo tecnologias adequadas;
- VIII – Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da Política de Promoção da Saúde;
- IX – Articular com os sistemas de informação existentes a inserção de ações voltadas a promoção da saúde no âmbito do SUS;
- X – Buscar parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS;
- XI – Definir ações de promoção da saúde intersetoriais e pluriinstitucionais de abrangência nacional que possam impactar positivamente nos indicadores de saúde da população;

- XII – Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação das ações de promoção da saúde;
- XIII – Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação, referentes às ações de promoção da saúde;
- XIV – Promoção de cooperação nacional e internacional referentes às experiências de promoção da saúde nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde; e
- XV – Divulgação sistemática dos resultados do processo avaliativo das ações de promoção da saúde.

## **Gestor estadual**

- I – Divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde;
- II – Implementar as diretrizes da Política de Promoção da Saúde em consonância com as diretrizes definidas no âmbito nacional e as realidades loco-regionais;
- III – Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política, considerando a composição bipartite;
- IV – Criar uma referência e/ou grupos matriciais responsáveis pelo planejamento, articulação e monitoramento e avaliação das ações de promoção da saúde nas secretarias estaduais de saúde;
- V – Manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações de promoção da saúde;
- VI – Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das ações de promoção da saúde para instrumentalização de processos de gestão;
- VII – Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e implementação das iniciativas de promoção da saúde, garantindo tecnologias adequadas;
- VIII – Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;
- IX – Implementar as diretrizes de capacitação e educação permanente em consonância com as realidades loco-regionais;

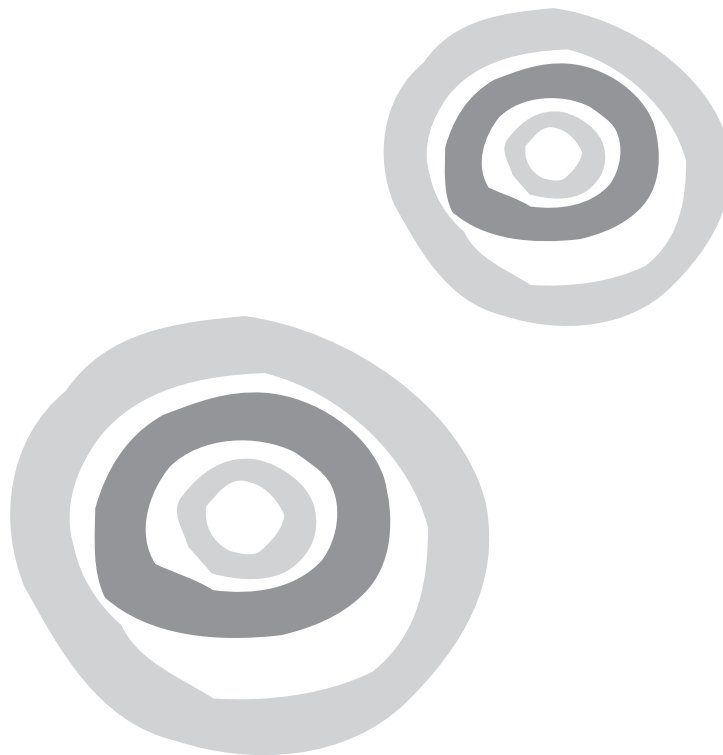
- X – Viabilizar linha de financiamento para promoção da saúde dentro da política de educação permanente, bem como propor instrumento de avaliação de desempenho, no âmbito estadual;
- XI – Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política de Promoção da Saúde;
- XII – Buscar parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS;
- XIII – Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação, referentes às ações de promoção da saúde;
- XIV – Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação das ações de promoção da saúde;
- XV – Promoção de cooperação referente às experiências de promoção da saúde nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde; e
- XVI – Divulgação sistemática dos resultados do processo avaliativo das ações de promoção da saúde.

### **Gestor municipal**

- I – Divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde;
- II – Implementar as diretrizes da Política de Promoção da Saúde em consonância com as diretrizes definidas no âmbito nacional e as realidades locais;
- III – Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política de Promoção da Saúde;
- IV – Criar uma referência e/ou grupos matriciais responsáveis pelo planejamento, implementação, articulação e monitoramento, e avaliação das ações de promoção da saúde nas secretarias de municipais de saúde;

- V – Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e da implementação das iniciativas de promoção da saúde, garantindo tecnologias adequadas;
- VI – Participação efetiva nas iniciativas dos gestores federal e estadual no que diz respeito à execução das ações locais de promoção da saúde e à produção de dados e informações fidedignas que qualifiquem a pesquisas nessa área;
- VII – Estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da Política;
- VIII – Implantar estruturas adequadas para monitoramento e avaliação das iniciativas de promoção da saúde;
- IX – Implementar as diretrizes de capacitação e educação permanente em consonância com as realidades locais;
- X – Viabilizar linha de financiamento para promoção da saúde dentro da política de educação permanente, bem como propor instrumento de avaliação de desempenho, no âmbito municipal;
- XI – Estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde para desenvolver as ações de promoção da saúde;
- XII – Realização de oficinas de capacitação, envolvendo equipes multiprofissionais, prioritariamente as que atuam na atenção básica;
- XIII – Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política de Promoção da Saúde;
- XIV – Buscar parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS;
- XV – Ênfase ao planejamento participativo envolvendo todos os setores do governo municipal e representantes da sociedade civil, no qual os determinantes e condicionantes da saúde sejam instrumentos para formulação das ações de intervenção;

- XVI – Reforço da ação comunitária, por meio do respeito às diversas identidades culturais nos canais efetivos de participação no processo decisório;
- XVII – Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação, referentes às ações de promoção da saúde;
- XVIII – Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação das ações de promoção da saúde; e
- XIX – Divulgação sistemática dos resultados do processo avaliativo das ações de promoção da saúde.







## Ações específicas

Para o biênio 2006-2007, foram priorizadas as ações voltadas a:

### **Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde**

- I – Promover seminários internos no Ministério da Saúde destinados à divulgação da PNPS, com adoção de seu caráter transversal;
- II – Convocar uma mobilização nacional de sensibilização para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde, com estímulo à adesão de estados e municípios;
- III – Discutir nos espaços de formação e educação permanente de profissionais de saúde a proposta da PNPS e estimular a inclusão do tema nas grades curriculares; e
- IV – Avaliar o processo de implantação da PNPS em fóruns de composição tripartite.

### **Alimentação saudável**

- I – Promover ações relativas à alimentação saudável visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, a inclusão social e o cumprimento do direito humano à alimentação adequada;
- II – Promover articulação intra e intersetorial visando à implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde por meio do reforço à implementação das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e da Estratégia Global:
  - a) com a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas que garantam o acesso à alimentação saudável, considerando as especificidades culturais, regionais e locais;

- b) mobilização de instituições públicas, privadas e de setores da sociedade civil organizada visando ratificar a implementação de ações de combate à fome e de aumento do acesso ao alimento saudável pelas comunidades e pelos grupos populacionais mais pobres;
  - c) articulação intersetorial no âmbito dos conselhos de segurança alimentar, para que o crédito e o financiamento da agricultura familiar incorpore ações de fomento à produção de frutas, legumes e verduras visando ao aumento da oferta e ao conseqüente aumento do consumo destes alimentos no país, de forma segura e sustentável, associado às ações de geração de renda;
  - d) firmar agenda/pacto/compromisso social com diferentes setores (Poder Legislativo, setor produtivo, órgãos governamentais e não-governamentais, organismos internacionais, setor de comunicação e outros), definindo os compromissos e as responsabilidades sociais de cada setor, com o objetivo de favorecer/garantir hábitos alimentares mais saudáveis na população, possibilitando a redução e o controle das taxas das DCNT no Brasil;
  - e) articulação e mobilização dos setores público e privado para a adoção de ambientes que favoreçam a alimentação saudável, o que inclui: espaços propícios à amamentação pelas nutrizes trabalhadoras, oferta de refeições saudáveis nos locais de trabalho, nas escolas e para as populações institucionalizadas; e
  - f) articulação e mobilização intersetorial para a proposição e elaboração de medidas regulatórias que visem promover a alimentação saudável e reduzir o risco do DCNT, com especial ênfase para a regulamentação da propaganda e publicidade de alimentos.
- III – Disseminar a cultura da alimentação saudável em consonância com os atributos e princípios do Guia Alimentar da População Brasileira:

- a) divulgação ampla do Guia Alimentar da População Brasileira para todos os setores da sociedade;
  - b) produção e distribuição de material educativo (Guia Alimentar da População Brasileira, 10 Passos para uma Alimentação Saudável para Diabéticos e Hipertensos, Cadernos de Atenção Básica sobre Prevenção e Tratamento da Obesidade e Orientações para a Alimentação Saudável dos Idosos);
  - c) desenvolvimento de campanhas na grande mídia para orientar e sensibilizar a população sobre os benefícios de uma alimentação saudável;
  - d) estimular ações que promovam escolhas alimentares saudáveis por parte dos beneficiários dos programas de transferência de renda;
  - e) estimular ações de empoderamento do consumidor para o entendimento e uso prático da rotulagem geral e nutricional dos alimentos;
  - f) produção e distribuição de material educativo e desenvolvimento de campanhas na grande mídia para orientar e sensibilizar a população sobre os benefícios da amamentação;
  - g) sensibilização dos trabalhadores em saúde quanto à importância e aos benefícios da amamentação;
  - h) incentivo para a implantação de bancos de leite humano nos serviços de saúde; e
  - i) sensibilização e educação permanente dos trabalhadores de saúde no sentido de orientar as gestantes HIV positivo quanto às especificidades da amamentação (utilização de banco de leite humano e de fórmula infantil).
- IV – Desenvolver ações para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar:
- a) fortalecimento das parcerias com a SGTES, Anvisa/MS, Ministério da Educação e FNDE/MEC para promover a alimentação saudável nas escolas;

- b) divulgação de iniciativas que favoreçam o acesso à alimentação saudável nas escolas públicas e privadas;
  - c) implementação de ações de promoção da alimentação saudável no ambiente escolar;
  - d) produção e distribuição do material sobre alimentação saudável para inserção de forma transversal no conteúdo programático das escolas em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e educação;
  - e) lançamento do guia “10 Passos da Alimentação Saudável na Escola”;
  - f) sensibilização e mobilização dos gestores estaduais e municipais de saúde e de educação, e as respectivas instâncias de controle social para a implementação das ações de promoção da alimentação saudável no ambiente escolar, com a adoção dos dez passos; e
  - g) produção e distribuição de vídeos e materiais instrucionais sobre a promoção da alimentação saudável nas escolas.
- V – Implementar as ações de vigilância alimentar e nutricional para a prevenção e controle dos agravos e doenças decorrentes da má alimentação:
- a) implementação do Sisvan como sistema nacional obrigatório vinculado às transferências de recursos do PAB;
  - b) envio de informações referentes ao Sisvan para o Relatório de Análise de Doenças Não Transmissíveis e Violências;
  - c) realização de inquéritos populacionais para o monitoramento do consumo alimentar e do estado nutricional da população brasileira, a cada cinco anos, de acordo com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição;
  - d) prevenção das carências nutricionais por deficiência de micronutrientes (suplementação universal de ferro medicamentoso para gestantes e crianças e administração de megadoses de vitamina A para puerperais e crianças em áreas endêmicas);
  - e) realização de inquéritos de fatores de risco para as DCNT da população em geral a cada cinco anos e para escolares

a cada dois anos, conforme previsto na Agenda Nacional de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, do Ministério da Saúde;

- f) monitoramento do teor de sódio dos produtos processados, em parceria com a Anvisa e os órgãos da vigilância sanitária em estados e municípios; e
- g) fortalecimento dos mecanismos de regulamentação, controle e redução do uso de substâncias agrotóxicas e de outros modos de contaminação dos alimentos.

VI – Reorientação dos serviços de saúde com ênfase na atenção básica:

- a) mobilização e capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para a promoção da alimentação saudável nas visitas domiciliares, atividades de grupo e nos atendimentos individuais;
- b) incorporação do componente alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional de forma a permitir o diagnóstico e o desenvolvimento de ações para a promoção da alimentação saudável; e
- c) reforço da implantação do Sisvan como instrumento de avaliação e de subsídio para o planejamento de ações que promovam a segurança alimentar e nutricional em nível local.

### **Prática corporal/atividade física**

I – Ações na rede básica de saúde e na comunidade:

- a) mapear e apoiar as ações de práticas corporais/atividade física existentes nos serviços de atenção básica e na Estratégia de Saúde da Família, e inserir naqueles em que não há ações;
- b) ofertar práticas corporais/atividade física como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis;

- c) capacitar os trabalhadores de saúde em conteúdos de promoção à saúde e práticas corporais/atividade física na lógica da educação permanente, incluindo a avaliação como parte do processo;
- d) estimular a inclusão de pessoas com deficiências em projetos de práticas corporais/atividades físicas;
- e) pactuar com os gestores do SUS e outros setores nos três níveis de gestão a importância de ações voltadas para melhorias ambientais com o objetivo de aumentar os níveis populacionais de atividade física;
- f) constituir mecanismos de sustentabilidade e continuidade das ações do “Pratique Saúde no SUS” (área física adequada e equipamentos, equipe capacitada, articulação com a rede de atenção); e
- g) incentivar articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais/atividades físicas (urbanização dos espaços públicos; criação de ciclovias e pistas de caminhadas; segurança, outros).

II – Ações de aconselhamento/divulgação:

- a) organizar os serviços de saúde de forma a desenvolver ações de aconselhamento junto à população, sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis; e
- b) desenvolver campanhas de divulgação, estimulando modos de viver saudáveis e objetivando reduzir fatores de risco para doenças não transmissíveis.

III – Ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros:

- a) pactuar com os gestores do SUS e outros setores nos três níveis de gestão a importância de desenvolver ações voltadas para estilos de vida saudáveis, mobilizando recursos existentes;
- b) estimular a formação de redes horizontais de troca de experiências entre municípios;

- c) estimular a inserção e o fortalecimento de ações já existentes no campo das práticas corporais em saúde na comunidade;
  - d) resgatar as práticas corporais/atividades físicas de forma regular nas escolas, universidades e demais espaços públicos; e
  - e) articular parcerias estimulando práticas corporais/atividade física no ambiente de trabalho.
- IV – Ações de monitoramento e avaliação:
- a) desenvolver estudos e formular metodologias capazes de produzir evidências e comprovar a efetividade de estratégias de práticas corporais/atividades físicas no controle e na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis;
  - b) estimular a articulação com instituições de ensino e pesquisa para monitoramento e avaliação das ações no campo das práticas corporais/atividade física; e
  - c) consolidar a Pesquisa de Saúde dos Escolares (SVS/MS) como forma de monitoramento de práticas corporais/atividade física de adolescentes.

### **Prevenção e controle do tabagismo**

- I – Sistematizar ações educativas e mobilizar ações legislativas e econômicas, de forma a criar um contexto que:
- a) reduza a aceitação social do tabagismo;
  - b) reduza os estímulos para que os jovens comecem a fumar e os que dificultam os fumantes a deixarem de fumar;
  - c) proteja a população dos riscos da exposição à poluição tabagística ambiental;
  - d) reduza o acesso aos derivados do tabaco;
  - e) aumente o acesso dos fumantes ao apoio para cessação de fumar;
  - f) controle e monitore todos os aspectos relacionados aos produtos de tabaco comercializados, desde seus conteúdos e emissões até as estratégias de comercialização e de divulgação de suas características para o consumidor.

- II – Realizar ações educativas de sensibilização da população para a promoção de “comunidades livres de tabaco”, divulgando ações relacionadas ao tabagismo e seus diferentes aspectos:
  - a) Dia a Mundial sem Tabaco (31 de maio); e
  - b) Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto);
- III – Fazer articulações com a mídia para divulgação de ações e de fatos que contribuam para o controle do tabagismo em todo o território nacional;
- IV – Mobilizar e incentivar as ações contínuas por meio de canais comunitários (unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho) capazes de manter um fluxo contínuo de informações sobre o tabagismo, seus riscos para quem fuma e os riscos da poluição tabagística ambiental para todos que convivem com ela;
- V – Investir na promoção de ambientes de trabalho livres de tabaco:
  - a) realizando ações educativas, normativas e organizacionais que visem estimular mudanças na cultura organizacional que levem à redução do tabagismo entre trabalhadores; e
  - b) atuando junto a profissionais da área de saúde ocupacional e outros atores-chave das organizações/instituições para a disseminação contínua de informações sobre os riscos do tabagismo e do tabagismo passivo, a implementação de normas para restringir o fumo nas dependências dos ambientes de trabalho, a sinalização relativa às restrições ao consumo nas mesmas e a capacitação de profissionais de saúde ocupacional para apoiar a cessação de fumar de funcionários.
- VI – Articular com o MEC/secretarias estaduais e municipais de educação o estímulo à iniciativa de promoção da saúde no ambiente escolar; e
- VII – Aumentar o acesso do fumante aos métodos eficazes para cessação de fumar, e assim atender a uma crescente demanda de fumantes que buscam algum tipo de apoio para esse fim.



### **Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas**

- I – Investimento em ações educativas e sensibilizadoras para crianças e adolescentes quanto ao uso abusivo de álcool e suas conseqüências;
- II – Produzir e distribuir material educativo para orientar e sensibilizar a população sobre os malefícios do uso abusivo do álcool.
- III – Promover campanhas municipais em interação com as agências de trânsito no alerta quanto às conseqüências da “direção alcoolizada”;
- IV – Desenvolvimento de iniciativas de redução de danos pelo consumo de álcool e outras drogas que envolvam a co-responsabilização e autonomia da população;
- V – Investimento no aumento de informações veiculadas pela mídia quanto aos riscos e danos envolvidos na associação entre o uso abusivo de álcool e outras drogas e acidentes/violências; e
- VI – Apoio à restrição de acesso a bebidas alcoólicas de acordo com o perfil epidemiológico de dado território, protegendo segmentos vulneráveis e priorizando situações de violência e danos sociais.

### **Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito**

- I – Promoção de discussões intersetoriais que incorporem ações educativas à grade curricular de todos os níveis de formação;
- II – Articulação de agendas e instrumentos de planejamento, programação e avaliação, dos setores diretamente relacionados ao problema; e
- III – Apoio às campanhas de divulgação em massa dos dados referentes às mortes e seqüelas provocadas por acidentes de trânsito.

### **Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz**

- I – Ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde;
- II – Investimento na sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual;

- III – Estímulo à articulação intersetorial que envolva a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual;
- IV – Implementação da ficha de notificação de violência interpessoal;
- V – Incentivo ao desenvolvimento de Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência;
- VI – Monitoramento e avaliação do desenvolvimento dos Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência mediante a realização de coleta, sistematização, análise e disseminação de informações; e
- VII – Implantação de Serviços Sentinela, que serão responsáveis pela notificação dos casos de violências.

### **Promoção do desenvolvimento sustentável**

- I – Apoio aos diversos centros colaboradores existentes no País que desenvolvem iniciativas promotoras do desenvolvimento sustentável;
- II – Apoio à elaboração de planos de ação estaduais e locais, incorporados aos Planos Diretores das Cidades;
- III – Fortalecimento de instâncias decisórias intersetoriais com o objetivo de formular políticas públicas integradas voltadas ao desenvolvimento sustentável;
- IV – Apoio ao envolvimento da esfera não-governamental (empresas, escolas, igrejas e associações várias) no desenvolvimento de políticas públicas de promoção da saúde, em especial no que se refere ao movimento por ambientes saudáveis;
- V – Reorientação das práticas de saúde de modo a permitir a interação saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável;
- VI – Estímulo à produção de conhecimento e desenvolvimento de capacidades em desenvolvimento sustentável; e
- VII – Promoção do uso de metodologias de reconhecimento do território, em todas as suas dimensões – demográfica, epidemiológica, administrativa, política, tecnológica, social e cultural, como instrumento de organização dos serviços de saúde.

## Referências

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional n.º 39, de 2001. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/con1988br.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2005.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990a.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Análise da estratégia global da OMS para alimentação saudável, atividade física e saúde*: documento realizado pelo grupo técnico assessor instituído pela Portaria do Ministério da Saúde n.º 596, de 8 de abril de 2004. Brasília, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Plano nacional de saúde 2004-2007*. Brasília, DF, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). *Promoção da saúde*: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Relatório final*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1986.



# **Anexos**

# Anexo A

## Portaria nº 1.409, de 13 de junho de 2007

Institui Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de desenvolver, fortalecer e implementar políticas e planos de ação em âmbito nacional, estadual e municipal que consolidem o componente da promoção da saúde no SUS;

Considerando a promoção da saúde como uma estratégia de articulação transversal capaz de criar mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade e os riscos à saúde da população, defendam a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas;

Considerando o objetivo específico da Política Nacional de Promoção da Saúde quanto à incorporação e implementação de ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica; e Considerando as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, embasadas na integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação e sustentabilidade, resolve:

Art. 1º Instituir Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde - CGPNPS tem as seguintes atribuições:

- I - consolidar a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde;
- II - consolidar a Agenda Nacional de Promoção da Saúde em consonância com as políticas, as prioridades e os recursos de cada uma das secretarias do Ministério da Saúde e com o Plano Nacional de Saúde;
- III - articular e integrar as ações de promoção da saúde no âmbito do SUS, no contexto do Pacto pela Saúde;

- IV - coordenar a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde no SUS e em sua articulação com os demais setores governamentais e não-governamentais;
- V - incentivar a inclusão da Promoção da Saúde e a elaboração, por parte dos Estados do Distrito Federal dos Municípios, de Planos Municipais, Estaduais e termos de compromisso do Pacto de Gestão; e
- VI - monitorar e avaliar as estratégias de implantação/implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde e seu impacto na melhoria da qualidade de vida de sujeitos e coletividades.

Art. 2º O CGPNPS terá a seguinte composição:

- I - três representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS;
- II - três representantes da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS;
- III - um representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP;
- IV - um representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES;
- V - um representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE;
- VI - um representante da Secretária-Executiva - SE;
- VII - um representante da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA;
- VIII - um representante da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ;
- IX - um representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
- X - um representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- XI - um representante do Instituto Nacional de Câncer - INCA;
- XII - um representante do Conselho Nacional de Secretários de

Saúde - CONASS; e

XIII - um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS.

§ 1º Para cada membro titular do Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde será indicado um representante suplente.

§ 2º Os membros titular e suplente do CGPNPS serão nomeados por portaria do Secretário de Vigilância em Saúde.

§ 3º Os membros deverão declarar a inexistência de conflito de interesses com suas atividades no debate dos temas pertinentes ao Comitê, sendo que, na eventualidade de existência de conflito de interesses, os membros deverão abster-se de participar da discussão e deliberação sobre o tema.

Art. 3º O CGPNPS contará com uma Secretaria-Executiva, vinculada à Secretaria de Vigilância em Saúde, que o coordenará. Art. 4º Compete à Secretaria de Vigilância em Saúde a adoção das medidas e procedimentos necessários para o pleno funcionamento e efetividade do disposto nesta Portaria.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º Fica revogada a Portaria nº 1.190/GM, de 14 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 135, de 15 de julho de 2005, seção 1, página 108.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO



## Anexo B

### **Portaria nº 2.608, de 28 de dezembro de 2005**

Define recursos financeiros do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para incentivar estruturação de ações de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis por parte das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde das capitais.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Portaria nº 1.172/GM, de 15 de junho de 2004;

Considerando a Portaria Conjunta nº 8/SE/SVS, de 29 de junho de 2004; e

Considerando a necessidade de desenvolver políticas públicas de vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis, reduzindo os seus fatores de risco relacionados ao sedentarismo, ao consumo inadequado de alimentos e tabagismo, em conformidade com as recomendações Estratégia Global Alimentação, Atividade Física e Saúde – EG – e da Convenção Quadro do Controle do Tabaco, propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), resolve:

Art. 1º Definir recursos financeiros do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para incentivar estruturação de ações de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis por parte das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde das capitais.

Parágrafo único. Os recursos de que trata o caput deste Artigo serão em parcela única, conforme disposto nos anexos I e II, em dezembro de 2005.

Art. 2º Determinar que o incentivo financeiro será transferido a estados e municípios de Capitais para a adoção de ações em Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, que considerem, entre outras:

- I – fomento a ambientes livres do tabaco;
- II – incentivo às ações de estímulo a uma alimentação saudável e incentivo à prática de atividade física;
- III – participação no inquérito de fatores de risco e de proteção em escolares nas capitais;
- IV – implementação da vigilância de saúde por meio de instrumentos de monitoramento, prevenção e vigilância da morbimortalidade e dos fatores de risco relativos às doenças e agravos não transmissíveis, utilizando os sistemas de informação existentes na análise da situação de saúde e no planejamento das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis; e
- V – produção de relatório de análise de situação em saúde no que se refere às doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco.

Art. 3º As ações de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis para os anos de 2005 e 2006 serão ser desenvolvidas e monitoradas por indicadores do pacto de Vigilância em Saúde.

- I – com objetivo geral de fortalecer o cumprimento a Lei nº 9.294/96, que proíbe fumar em ambientes públicos fechados, em todos os estados da federação e os seguintes objetivos específicos:
  - a) preparar a rede nacional de Vigilância Sanitária Estadual e Municipal por meio de treinamentos para fiscalização e aplicação das penalidades;
  - b) implantar ações relativas aos ambientes livres de tabaco; e
  - c) avaliar o impacto deste treinamento em termos de regulamentações estaduais e municipais da Lei nº 9.294/96 assim como da adesão ao cumprimento à Lei em questão.
- II – com o objetivo de estimular a implementação da Estratégia Global de Alimentação, Atividade Física nas 27 capitais brasileiras, o Ministério da Saúde, por meio do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS), repassará recursos para as 27 capitais do país que visam apoiar projetos locais

de incentivo a essas ações:

- a) a Secretaria de Vigilância em Saúde buscará desenvolver estudos e formular metodologias capazes de produzir evidências e comprovar a efetividade de estratégias de alimentação saudável e atividades físicas no controle e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, bem como definir e pactuar com gestores indicadores de monitoramento das mesmas.

Art. 4º Compete à Secretaria de Vigilância em Saúde, como gestora nacional:

- I – repassar os recursos financeiros para estados, conforme disposto no Anexo I desta Portaria, com a finalidade de realizar o processo de capacitação da Vigilância Sanitária Estadual e Vigilância Sanitária dos municípios, para a implementação dos ambientes livres de tabaco;
- II – repassar os recursos financeiros para as 27 capitais, conforme disposto no Anexo II desta Portaria, para estimular e orientar a prática de ações voltadas para a alimentação saudável e a prática de atividades físicas;
- III – avaliação e acompanhamento da efetividade das ações de promoção da saúde implantadas em parceria com as diversas áreas do Ministério da Saúde; e
- IV – financiar a realização do inquérito de fatores de risco em escolares nas 27 capitais.

Art. 5º Compete ao gestor estadual:

- I – realizar capacitação para Vigilância Sanitária Estadual e Vigilância Sanitária dos municípios, bem como produzir material de divulgação no que se refere à implementação de ambientes livres de tabaco;
- II – apoiar municípios na implementação de ações em Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis;
- III – avaliar e acompanhar a efetividade das ações implantadas;
- IV – prestar suporte técnico e operacional às instituições executoras de inquérito de fatores de risco e de proteção em

escolares;

V – utilizar os dados produzidos para o planejamento das ações e a implantação da vigilância de saúde dos escolares;

VI – implementar ações de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis; e

VII – produzir relatório anual de análise de situação em saúde no que se refere às doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco.

Art. 6º Compete ao gestor municipal das capitais:

I – implantar e/ou fortalecer as iniciativas no campo da atividade física, lazer e saúde de modo que os usuários sejam estimulados e orientados a realização de práticas de atividade física;

II – implementar Ações em Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis;

III – avaliar e acompanhar a efetividade das ações implantadas;

IV – prestar/oferecer suporte técnico e operacional à instituição que executará o trabalho de campo do inquérito de fatores de risco e de proteção em escolares;

V – utilizar os dados produzidos para o planejamento das ações e a implantação da vigilância de saúde dos escolares;

VI – implantar ações de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis; e

VII – produzir relatório anual de análise de situação em saúde no que se refere às doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco.

Art. 7º Nos casos em que municípios optarem pela não implantação destas ações, poderá ocorrer o remanejamento dos recursos correspondentes para outro município, da mesma unidade federada e escolhido, preferencialmente, dentre aqueles de maior porte populacional, através de pactuação na respectiva Comissão Intergestores Bipartite.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SARAIVA FELIPE

## Anexo I

Valores por estados conforme porte populacional

Porte populacional	Estados	Valor por estado (R\$)	Valor total para estados conforme porte populacional (R\$)
< 2,3 milhões hab.	Roraima; Amapá; Acre; Tocantins; Rondônia; Sergipe; Mato Grosso do Sul	50.000,00	350.000,00
2,3 milhões a < 5 milhões hab.	Distrito Federal; Mato Grosso; Rio Grande do Norte; Piauí; Alagoas; Amazonas; Espírito Santo; Paraíba	70.000,00	630.000,00
5 milhões a <10 milhões hab.	Goiás; Santa Catarina; Maranhão; Pará; Ceará; Pernambuco	120.000,00	720.000,00
> 10 milhões hab.	Paraná; Rio Grande do Sul; Bahia; Rio de Janeiro; Minas Gerais; São Paulo	150.000,00	900.000,00
<b>Total</b>			<b>2.600.000,00</b>

## Anexo II

Valores por estados conforme porte populacional

Porte populacional	Capitais	Repasso por capital (R\$)	Total do repasse por porte populacional de capital (R\$)
< 500 mil hab.	Porto Velho; Palmas; Rio Branco; Boa Vista; Macapá; Aracaju; Vitória; Florianópolis.	96.855,00	774.840,00
500 mil – 1 milhão hab.	Teresina; São Luís; Natal; João Pessoa; Maceió; Campo Grande; Cuiabá.	135.597,00	949.179,00
1 milhão – 2 milhões hab.	Manaus; Belém; Recife; Goiânia; Curitiba; Porto Alegre.	193.710,00	1.162.260,00
> 2 milhões hab.	Fortaleza; Salvador; Brasília; Belo Horizonte; Rio de Janeiro; São Paulo.	290.565,00	1.743.390,00
<b>Total</b>	<b>27 capitais</b>		<b>4.629.669,00</b>

## Anexo C

### **Portaria Interministerial nº 1.010, de 8 de maio de 2006 / Gabinete do Ministro**

Institui as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, E O MINISTRO DE ESTADO DA EDUCAÇÃO, no uso de suas atribuições, e

Considerando a dupla carga de doenças a que estão submetidos os países onde a desigualdade social continua a gerar desnutrição entre crianças e adultos, agravando assim o quadro de prevalência de doenças infecciosas;

Considerando a mudança no perfil epidemiológico da população brasileira com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, com ênfase no excesso de peso e obesidade, assumindo proporções alarmantes, especialmente entre crianças e adolescentes;

Considerando que as doenças crônicas não transmissíveis são passíveis de serem prevenidas, a partir de mudanças nos padrões de alimentação, tabagismo e atividade física;

Considerando que no padrão alimentar do brasileiro encontra-se a predominância de uma alimentação densamente calórica, rica em açúcar e gordura animal e reduzida em carboidratos complexos e fibras;

Considerando as recomendações da Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto à necessidade de fomentar mudanças sócio-ambientais, em nível coletivo, para favorecer as escolhas saudáveis no nível individual;

Considerando que as ações de Promoção da Saúde estruturadas no âmbito do Ministério da Saúde ratificam o compromisso brasileiro com as diretrizes da Estratégia Global;

Considerando que a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) insere-se na perspectiva do Direito Humano à Alimentação adequada e que entre suas diretrizes destacam-se a promoção da alimentação saudável, no contexto de modos de vida saudáveis e o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população brasileira;

Considerando a recomendação da Estratégia Global para a Segurança dos Alimentos da OMS, para que a inocuidade de alimentos seja inserida como uma prioridade na agenda da saúde pública, destacando as crianças e jovens como os grupos de maior risco;

Considerando os objetivos e dimensões do Programa Nacional de Alimentação Escolar ao priorizar o respeito aos hábitos alimentares regionais e à vocação agrícola do município, por meio do fomento ao desenvolvimento da economia local;

Considerando que os Parâmetros Curriculares Nacionais orientam sobre a necessidade de que as concepções sobre saúde ou sobre o que é saudável, valorização de hábitos e estilos de vida, atitudes perante as diferentes questões relativas à saúde perpassem todas as áreas de estudo, possam processar-se regularmente e de modo contextualizado no cotidiano da experiência escolar;

Considerando o grande desafio de incorporar o tema da alimentação e nutrição no contexto escolar, com ênfase na alimentação saudável e na promoção da saúde, reconhecendo a escola como um espaço propício à formação de hábitos saudáveis e à construção da cidadania;

Considerando o caráter intersetorial da promoção da saúde e a importância assumida pelo setor Educação com os esforços de mudanças das condições educacionais e sociais que podem afetar o risco à saúde de crianças e jovens;

Considerando, ainda, que a responsabilidade compartilhada entre sociedade, setor produtivo e setor público é o caminho para a construção de modos de vida que tenham como objetivo central a promoção da saúde e a prevenção das doenças;

Considerando que a alimentação não se reduz à questão puramente nutricional, mas é um ato social, inserido em um contexto cultural; e

Considerando que a alimentação no ambiente escolar pode e deve ter função pedagógica, devendo estar inserida no contexto curricular, resolvem:

- Art. 1º Instituir as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes pública e privada, em âmbito nacional, favorecendo o desenvolvimento de ações que promovam e garantam a adoção de práticas alimentares mais saudáveis no ambiente escolar.
- Art. 2º Reconhecer que a alimentação saudável deve ser entendida como direito humano, compreendendo um padrão alimentar adequado às necessidades biológicas, sociais e culturais dos indivíduos, de acordo com as fases do curso da vida e com base em práticas alimentares que assumam os significados sócio-culturais dos alimentos.
- Art. 3º Definir a promoção da alimentação saudável nas escolas com base nos seguintes eixos prioritários:
- I – ações de educação alimentar e nutricional, considerando os hábitos alimentares como expressão de manifestações culturais regionais e nacionais;
  - II – estímulo à produção de hortas escolares para a realização de atividades com os alunos e a utilização dos alimentos produzidos na alimentação ofertada na escola;
  - III – estímulo à implantação de boas práticas de manipulação de alimentos nos locais de produção e fornecimento de serviços de alimentação do ambiente escolar;
  - IV – restrição ao comércio e à promoção comercial no ambiente escolar de alimentos e preparações com altos teores de gordura saturada, gordura trans, açúcar livre e sal e incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras; e
  - V – monitoramento da situação nutricional dos escolares.
- Art. 4º Definir que os locais de produção e fornecimento de alimentos, de que trata esta Portaria, incluam refeitórios, restaurantes, cantinas e lanchonetes que devem estar adequados às boas práticas para



os serviços de alimentação, conforme definido nos regulamentos vigentes sobre boas práticas para serviços de alimentação, como forma de garantir a segurança sanitária dos alimentos e das refeições.

Parágrafo único. Esses locais devem redimensionar as ações desenvolvidas no cotidiano escolar, valorizando a alimentação como estratégia de promoção da saúde.

Art. 5º Para alcançar uma alimentação saudável no ambiente escolar, devem-se implementar as seguintes ações:

- I – definir estratégias, em conjunto com a comunidade escolar, para favorecer escolhas saudáveis;
- II – sensibilizar e capacitar os profissionais envolvidos com alimentação na escola para produzir e oferecer alimentos mais saudáveis;
- III – desenvolver estratégias de informação às famílias, enfatizando sua co-responsabilidade e a importância de sua participação neste processo;
- IV – conhecer, fomentar e criar condições para a adequação dos locais de produção e fornecimento de refeições às boas práticas para serviços de alimentação, considerando a importância do uso da água potável para consumo;
- V – restringir a oferta e a venda de alimentos com alto teor de gordura, gordura saturada, gordura trans, açúcar livre e sal e desenvolver opções de alimentos e refeições saudáveis na escola;
- VI – aumentar a oferta e promover o consumo de frutas, legumes e verduras;
- VII – estimular e auxiliar os serviços de alimentação da escola na divulgação de opções saudáveis e no desenvolvimento de estratégias que possibilitem essas escolhas;
- VIII – divulgar a experiência da alimentação saudável para outras escolas, trocando informações e vivências;
- IX – desenvolver um programa contínuo de promoção de hábitos alimentares saudáveis, considerando o monitoramento do estado nutricional das crianças, com ênfase no

desenvolvimento de ações de prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e educação nutricional; e

X – incorporar o tema alimentação saudável no projeto político pedagógico da escola, perpassando todas as áreas de estudo e propiciando experiências no cotidiano das atividades escolares.

- Art. 6º Determinar que as responsabilidades inerentes ao processo de implementação de alimentação saudável nas escolas sejam compartilhadas entre o Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária e o Ministério da Educação/Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação.
- Art. 7º Estabelecer que as competências das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação, dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, Educação e Alimentação Escolar sejam pactuadas em fóruns locais de acordo com as especificidades identificadas.
- Art. 8º Definir que os Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição, Instituições e Entidades de Ensino e Pesquisa possam prestar apoio técnico e operacional aos estados e municípios na implementação da alimentação saudável nas escolas, incluindo a capacitação de profissionais de saúde e de educação, merendeiras, cantineiros, conselheiros de alimentação escolar e outros profissionais interessados.
- Parágrafo único. Para fins deste artigo, os órgãos envolvidos poderão celebrar convênio com as referidas instituições de ensino e pesquisa.
- Art. 9º Definir que a avaliação de impacto da alimentação saudável no ambiente escolar deva contemplar a análise de seus efeitos a curto, médio e longo prazos e deverá observar os indicadores pactuados no pacto de gestão da saúde.
- Art. 10º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA  
Ministro de Estado da Saúde Interino

FERNANDO HADDAD  
Ministro de Estado da Educação



Esta publicação foi editorada com  
as fontes Frutiger 45 e Frutiger 95.  
A capa e o miolo foram impressos  
no papel Reciclato, em outubro de 2006.

Anotações

## Anotações



# CURSO DE EXTENSÃO PARA GESTORES DO SUS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

ISBN 978-85-7804-041-4



Ministério  
da Saúde

