

Oficina de Trabalho
Promoção da Saúde:
da prevenção à mudança social

RELATÓRIO FINAL

Coordenação

Antonio Ivo de Carvalho (ENSP-FIOCRUZ)
Marco Akerman (FMABC, CEPEDOC, SMS-SP)

Relatoria

Lenira Zancan (ENSP-FIOCRUZ)
Juliana Braga (CONASEMS)
Simone Cynamon Cohen (ENSP-FIOCRUZ)

Realização

GT Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local/ABRASCO

Apoio

ENSP/FIOCRUZ – MS/SE – OPAS

APRESENTAÇÃO

O presente relatório está organizado de modo a possibilitar aos leitores que não participaram do evento uma visão abrangente, panorâmica do conjunto das idéias lá apresentadas e debatidas, da forma mais fiel possível ao pensamento dos diversos participantes.

Não tem portanto o caráter de um documento-síntese de idéias pactuadas. Embora tenham se manifestado fortes consensos sobre diversos pontos, no plano conceitual mais geral, optou-se por não fechar ali um documento base. Por decisão dos participantes da oficina, o relatório pretende expressar, registrar a diversidade dos enfoques e abordagens apresentados e, assim, funcionar como um instrumento para a continuidade do debate.

Por outro lado, foram estabelecidas medidas organizativas dirigidas ao fortalecimento orgânico do GT e à dinamização de suas atividades.

O relatório, então, registra sequencialmente o resumo das seguintes atividades da oficina:

- ? Painel “Promoção da Saúde: diversidade de olhares”
- ? Debate em plenária – questões conceituais
- ? Debate em plenária – questões de agenda e de organização
- ? Encaminhamentos finais

Compõem também o relatório os seguintes anexos:

Anexo 1 – Termo de Referência da Oficina

Anexo 2 – Lista de Participantes

Anexo 3 – Apresentações dos painelistas (Antônio Ivo, Marco Akerman, Adriana Castro)

PAINEL “PROMOÇÃO DA SAÚDE: DIVERSIDADE DE OLHARES”

A Oficina foi aberta por Antônio Ivo de Carvalho, vice-diretor da ENSP-FIOCRUZ e coordenador do GT Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local da ABRASCO que, saudando os participantes, iniciou o painel **Promoção da Saúde: diversidade de olhares**, apresentando os palestrantes Adriana Castro, representante da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, Marco Akerman, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e assessor da OPAS, Louise Potvin, da Universidade de Montreal – Canadá, e Len Duhl da Universidade de Berkley, California.

Como primeiro palestrante, **Antônio Ivo** abordou **A estratégia da Promoção da Saúde: a visão do GT Abrasco**, lembrando os diversos eventos organizados pelo GT desde 2002, cujos relatórios encontram-se disponíveis na página da ABRASCO (www.abrasco.org.br). Buscou caracterizar a compreensão de Promoção da Saúde que vem se construindo ao longo deste processo considerando três pontos principais:

- 1) Promoção da Saúde como paradigma inovador na Saúde Pública, como referência mais abrangente da Reforma Sanitária. Reorientadora de práticas, capaz de designar novos fatores determinantes do processo saúde doença, sinalizando a saúde como movimento social;
- 2) Compreensão da Saúde como processo de produção social; consideração de necessidades sociais referidas historicamente. Idéia que transborda as mensurações biológicas em direção às pactuações sociais e intersubjetivas. Ênfase na participação - envolvimento dos indivíduos; e intersectorialidade - envolvimento de instituições;
- 3) Saúde deixa de ser finalidade ou estado de ser alcançado para tornar-se possibilidade dos sujeitos e suas escolhas. Desenvolver o potencial humano, a cidadania como conceito chave.

Convidou a todos para refletir sobre os três níveis em que esta concepção de Promoção da Saúde pode operar: **nos serviços de saúde** mudando a lógica, redefinindo os objetivos em direção a preservação e expansão da autonomia; **no desenvolvimento de políticas públicas** com intervenção e defesa do meio ambiente, da educação para a cidadania, de processos orientados para a qualidade de vida e o desenvolvimento local; e **nos modelos de desenvolvimento** com inversão da lógica entre desenvolvimento econômico e desenvolvimento social, operando extra setor saúde. Lembrou a idéia de Ilona Kickbusch da Promoção como a 3ª revolução da Saúde Pública - dos determinantes políticos (1ª Determinantes biológicos, 2ª determinantes sociais), numa perspectiva de mudança planetária, uma nova pactuação global. Promoção da Saúde traz a “ousadia de colocar a idéia da saúde (qualidade de vida) como centro da agenda política”.

Adriana Castro apresentou as **Diretrizes da Política de Promoção da Saúde no Brasil** (apresentação completa no anexo IV) considerando a idéia de Promoção como perfeitamente coincidente com a da Reforma Sanitária, preferindo abordá-la através de eixos temáticos ou eixos de atuação. Considera ainda a possibilidade de articular as diferentes concepções sem com

isso homogeneizar o que não é homogêneo. A construção da PNPS iniciou ainda em 2002 com um documento preliminar sobre o qual o ministério vem provocando o diálogo e o debate através de Oficinas e Seminário ocorridos em Sobral, Brasília e Natal, resultando em documento que está em fase final de redação. Considera a discussão conceitual esgotada e enfatiza a importância em avançar nas ações que podem ser implementadas no âmbito do SUS para melhoria da qualidade de vida. Como parte da política de atenção e gestão de qualidade, potencializando e impulsionando o diálogo entre ações já em desenvolvimento que visam a integralidade e a autonomia. Promoção da saúde precisa pensar o SUS no contemporâneo: a violência e o envelhecimento. Algumas estratégias em desenvolvimento pelo MS:

- ? pesquisa bibliográfica em parceria com a OPAS a partir da II Mostra de Saúde da Família e do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da ABRASCO, buscando compreender o entendimento sobre PS e testar as ações e eixos temáticos propostos pela PNPS;
- ? Criação de núcleos de suporte técnico ao Saúde da Família – Núcleos de Saúde Integral com profissionais de vários setores articulados à problemática da saúde;
- ? Proposição de eixos temáticos para a implementação de ações: **Modos de Viver; Condições e Relações de Trabalho;** e **Ambiência** (maiores detalhes no Anexo 3.1).

Os núcleos se constituirão a partir do recorte do PROESF e tem como parâmetros municípios com 10 equipes de PSF e em torno de 100 agentes comunitários. A proposta ainda está em construção e será apresentada ao gabinete do Ministro para financiamento pelo Departamento de Atenção Básica (DAB).

Enfatizou ainda a perspectiva de construção de redes, potencialização das redes de movimentos populares com ampliação da participação social no SUS.

Marco Akerman abordou a temática **DLIS na América Latina: marco conceitual e estratégias** como uma aposta na “esperança”, numa visão de futuro e de mudança social: “Estamos sempre fazendo algo para ontem e diminuindo nossa capacidade de olhar para o amanhã, pensar no amanhã Pensar no futuro exige orçamento e criatividade” Considerou a reorientação da área de Promoção da Saúde da OPAS, dentro da temática do Desenvolvimento Sustentável e Ambiente, uma estratégia de fortalecer e articular as experiências que estão se desenvolvendo em diversos países das Américas nos temas da Agricultura Sustentável, das Áreas de Proteção Ambiental (APA); das Agendas Intersetoriais e Participativas; da Rede de Municípios Produtivos e de Municípios Saudáveis; da Escolas Promotoras de Saúde Necessário buscar a integração entre agências de fomento e cooperação técnica descentralizada, pois, “ Um município saudável promove mas não produz e a Agricultura sustentável produz mas não promove”. Levando em conta o acúmulo de experiências em DLIS hoje, considera como de fundamental importância a discussão da relação entre governabilidade e governância na diversidade. Propõe a discussão de como fazer a articulação de energia, talento e recursos

Louise Potvin apresentou uma leitura acerca das **Perspectivas da Promoção da Saúde no cenário internacional**, partindo de uma abordagem ontológica da Promoção da Saúde. Resgatou quatro questões hoje presentes na pesquisa e produção de conhecimento em PS.

- ? a atual necessidade de justificar a “nossa” existência e especificidade através de estudos sobre as evidências da eficácia de programas de PS.
- ? a integração com a epidemiologia nos estudos de determinação social, reconciliando a “dura” e a “soft” saúde pública no Canadá, Population Health e Health Promotion respectivamente.
- ? momento de decadência da Promoção na agenda internacional, que foi mais popular nas décadas de 80 e 90 , mas que não conseguiu levar às últimas consequências a idéia de que a saúde é produzida na vida cotidiana, restringindo-se à uma “normatização” de hábitos e atitudes individuais.
- ? novidade é a agenda da Vigilância dos determinantes sociais.

Questiona, assim, o que podemos produzir com a PS. Do que estamos falando? O que estamos tentando fazer? Qual é o problema para a produção da PS? Como fazer um trabalho social no campo da Promoção da Saúde?

Tomando estas questões como objeto, Louise apresentou tres perspectivas ontológicas presentes na produção da PS: realismo empírico; idealismo e o realismo crítico. Este último possibilita maior entendimento da complexidade dos problemas/objetos da Promoção da Saúde. O desenvolvimento destas idéias será objeto de artigo a ser publicado na próxima Revista Ciência e Saúde Coletiva da ABRASCO.

Os trabalhos foram retomados, na parte da tarde, com uma **síntese problematizadora** feita pelo prof. **Leonard Dulh** que focou os problemas metodológicos enfrentados pelos movimentos de PS e municípios/comunidades saudáveis para alcançar mudanças na qualidade de vida das comunidades.

DEBATE EM PLENÁRIA 1 – questões conceituais

Apresentam-se a seguir as considerações de cada participante relativas ao tema geral da Promoção da Saúde, às experiências de práticas concretas e às estratégias / perspectivas do GT ABRASCO. As contribuições de cada um, ainda que feitas em momentos distintos, foram reunidas em blocos e ordenadas de forma a dar coerência à leitura do intenso debate ocorrido.

Antonio Ivo de Carvalho (ENSP)

Farei uma pequena avaliação do estágio em que estamos no GT:

1. Há uma repetição do conceito e ao mesmo tempo uma diversidade de idéias e olhares, portanto se confundem os níveis.

2. O grupo expressa uma aproximação a um consenso. A discussão conceitual não está encerrada, embora haja um amadurecimento.

Qual o avanço que podemos tomar? Constatam-se transformações intensas na saúde em algumas décadas. O processo saúde doença entendido como uma produção social está arraigado, o que confirma que não estamos falando das mesmas coisas, a realidade é nova e rebelde.

Hipóteses de consenso no interior do GT:

1. Idéia da saúde, não na sua visão estrita, mas na sua dimensão complexa, de suas determinações sociais, aproximada à idéia de saúde como qualidade de vida.
2. Conceito construído pelo sujeito.
3. Saúde alçada para o topo da agenda política. Não financiamento meramente, mas envolvendo uma ação ampla e intersetorial. A questão é: como articular uma agenda do GT para trazer esse tema na sua complexidade? A discussão da qualidade de vida envolve uma mudança de objetivos do sistema de saúde.
4. A mudança no PSF não aparece como uma mudança da estratégica em si, mas do que traz de perspectiva de mudança do sistema. A promoção da saúde aparece em todos os espaços do sistema.
5. Não podemos combater inequidades só agindo no sistema de saúde. Temos que propor um projeto de mudança no modelo de desenvolvimento. Associar-se a luta por um desenvolvimento novo, políticas agrárias, etc

Proposta de encaminhamento: acordo de natureza política e entendimento de que não há como construir uma política de promoção da qualidade de vida da população sem que as diversas forças de governo e a sociedade se articulem.

Adriana Castro (S.Ex-MS)

Há uma preocupação diante da complexidade que é buscar um saber global que dê conta dessa complexidade. É uma tendência e um grande risco. O processo de adoecimento tem várias determinações e corremos o risco de paralisar por ausência de foco. Temos que pensar a política sob o marco da reforma sanitária. Tem que focar em certa medida o setor saúde. O setor saúde pode agir como protagonista, mas na hora de pensar recursos e para que queremos a promoção, temos que pensar no sistema de saúde. A prioridade no MS é a reorganização do sistema, a qualidade do sistema. As políticas específicas que estão operando no campo da gestão e de atenção: humanização e qualificação. A promoção fala de uma mudança na clínica, tem que enfocar no sujeito.

A importância da Estratégia do PSF: Algumas intervenções são mais promocionais outras não. O lugar operador da promoção no sistema é a atenção básica.

Essas linhas de pesquisa estão acontecendo agora e não são necessariamente as prioridades em pesquisa do MS. *(referindo-se às pesquisas que estão sendo coordenadas pelo MS com o tema promoção da saúde na atenção básica).* A

Secretaria de Ciência e Tecnologia discutiu prioridades de pesquisa em promoção da saúde em uma oficina geral que contou com a participação da ABRASCO.

A proposta do MS está aberta à críticas. O debate não está acabado e nem mesmo se a promoção conseguir reorganizar o sistema, pois outras idéias surgirão. A falta de foco para o debate conceitual é uma riqueza, para absorção de outras práticas, outros modos de viver. Por outro lado, é paralisante se o MS, como indutor de políticas, não definir um foco.

Temos que refletir sobre o vigor do Ministério nesse papel de defesa da promoção como política. A promoção precisa se tornar forte no âmbito do sistema. A reorganização do serviço pode ser insuficiente, mas é de onde a gente tem que começar. A gente é importante não porque propõe a mudança do modelo, mas porque a gente mostra como fazer isso acontecer. Mostrar mecanismos de como essas ações podem ser potentes, até para poder construir a intersectorialidade.

Armando de Negri

Há nesse grupo a convergência de conceitos importantes:

1. Admitir que estamos trabalhando com a complexidade
2. Questionar a forma de trabalhar a PS na lógica de programas, como forma de enfrentar a realidade. Não nos basta pensar a realidade de forma programática, mas pensar a política em si.

A PNPS (Política Nacional de Promoção da Saúde) tem que repercutir nas outras políticas e tem que ser uma agenda central do governo. Pensar sobre os determinantes sociais em saúde e contaminar as outras políticas de Estado. A Promoção da Saúde (PS) tem que ser pensada como estratégia, portanto, temos que rever a forma de pautar o assunto. Há várias iniciativas no Brasil que tentam fazer o debate político da PS: essas iniciativas tem sido coerente com a reforma sanitária brasileira. A discussão da promoção é a própria política de saúde brasileira. O debate nacional de Promoção da saúde, no entanto, tem se resumido às atividades não curativas do serviço de saúde.

Do ponto de vista internacional, há grupos importantes que pensam a PS do ponto de vista da equidade, como por exemplo a Suécia. A exemplo do debate Sueco sobre qualidade de vida e bem estar realizada por Finn Diderichsn – Determinação Social da Política, do bem estar. Recondicionamento de classes sociais.

Temos que retomar a discussão dos determinantes sociais da saúde como proposto pela OMS e a Equity & Health Society. Preparar um documento e sugerir uma política de determinantes sociais em saúde.

Novas prioridades em pesquisas em sistemas de saúde – processos de formulação que incidam nessa dimensão ampla da saúde como aqui estamos discutindo, na perspectiva da promoção. Pesquisa em promoção tem se reduzido à eficiência e eficácia.

Este encontro deve ter ambições políticas. O tema tem que ter impacto no debate geral da ABRASCO, ser um tema prioritário nas políticas de saúde no país. Há um vazio nesse debate, houve um avanço e recuo nesse sentido.

A especificidade da promoção no campo da saúde deve ser defendida, mas o que fazer com isso? Temos que evitar a dicotomia entre promoção e assistência curativa. Podemos fazer promoção em todos os espaços: reformatar as ações dentro do campo da saúde. Resgatar as esferas da promoção da qualidade de vida, como por ex. na esfera dos indivíduos. Se a gente não fizer essa discussão internamente, se perde a potência do setor para induzir políticas.

Na esfera externa, há a transetorialidade. Há um exemplo de projeto em Bogotá que está direcionado para a Infância e Adolescência. Lá se tem trabalhado o conceito abrangente de promoção de saúde. Tem se trabalhado, por exemplo, o movimento saúde no lar. O governo apostou em criar uma transetorialidade em cada território social. Um eixo integrador gerado pela saúde para trabalhar a infância e adolescência no lugar.

Promoção da Saúde não pode ser um tema doméstico. Temos que dar uma outra hierarquia para esse debate da política. Arouca afirmou que, para enfrentar a desumanização do SUS, tem que fazer promoção.

O saúde da família não afeta o eixo hegemônico da política no país. Não quebra a lógica do trabalho ligada ao setor. A promoção da saúde tem uma capilaridade que as outras não tem. Saúde da família é um movimento vigoroso em seu potencial estratégico, mas não consegue atingir esse potencial.

Miguel Malo (OPAS)

O nosso problema é pensar o papel do setor saúde na promoção da saúde. Temos que fortalecer o GT para influenciar outros GTs, pois temos uma especificidade que tem que ser colocada na generalidade da política.

A mudança na OPS não foi positiva (*referindo-se ao fim de uma pasta específica de promoção da saúde no organograma da OPS para uma divisão transversal do tema nas outras áreas*). A promoção da saúde ficou em nenhum lugar.

Algumas questões levantadas para reflexão: A promoção é muito mais abrangente do que o ambiente ou o desenvolvimento sustentável? A promoção da saúde é ou não uma sacanagem com a história da saúde coletiva no Brasil? (*referindo-se à crítica feita pelo Gastão Wagner de Souza Campos, afirmando que chamar todas as questões relacionadas à transformação dos sujeitos coletivos de promoção da saúde é uma sacanagem com o movimento de saúde coletiva no Brasil*) O que tem haver o setor saúde com a promoção da saúde?

A II Mostra de Produção em Saúde da Família demonstrou a verdadeira mudança de uma perspectiva tradicional para uma nova forma de fazer saúde. É a mudança na prática.

Não sei se concordo com a crítica do Armando de que a promoção da saúde tem sido apenas o que não é curativo na saúde. Mas há que se construir uma identidade a partir do setor saúde. A partir do setor saúde temos que construir políticas públicas coletivas. Não foi por acaso o que aconteceu com relação à política mundial de alimentação que foi colocada na OMS pelo ministério da agricultura e não pelo ministério da saúde. Falta o protagonismo da saúde nesse campo. A diferença da carta de Bogotá para as outras cartas de promoção é a inserção da questão da equidade e do papel do setor saúde para a promoção.

Na América Latina temos a oportunidade de discutir com mais propriedade sobre a inserção da promoção da saúde no setor saúde. Temos que discutir a perspectiva da promoção no desenvolvimento. Com relação ao documento apresentado pelo Marco Akerman, há de se inserir a perspectiva da promoção na análise do desenvolvimento local.

Temos que aprofundar a análise do saúde da família e fazer a ponte com o modelo macro. A Estratégia de Saúde da família tem um potencial de transformação do modelo macro.

O documento da Agenda 21 do Ministério do Meio Ambiente é um documento interessante e tem a mesma filosofia do DLIS e do município saudável. Porém, o capítulo de saúde traz a clássica visão curativa. A conjugação das várias agendas poderia ser uma saída. Há, ainda, no Ministério do Meio Ambiente uma proposta de trabalhar os planos diretores com o Ministério das Cidades.

O Ministério da Saúde poderia ser uma liderança nacional em políticas específicas de promoção de saúde e se debruçar no que poderia ser melhorado, desenvolvido internamente. Ex. do controle do tabagismo. Colocar na agenda do Ministério da Agricultura a cultura do fumo.

Marco Akerman (SMS-SP)

A gente tem que buscar o específico, mas nós temos dificuldade de enxergá-lo. SP, por exemplo, está dividida em 31 subprefeituras para a interação da democracia representativa com a democracia direta. O setor saúde é o mais mal avaliado pela comunidade. Em conversa com uma subprefeita, constatou-se que os dois melhores projetos são da Secretaria de Saúde. Se a subprefeita avalia bem a saúde porque a população avalia mal? Para população a saúde tem haver com os serviços médicos. Há que se considerar o imaginário social a que o Armando se refere.

Em vez de procurar a especificidade da promoção, vamos discutir:

1. A Promoção nos Serviços:
2. Como fazer a articulação de capacidades e potencialidades locais, governança?
3. Desenvolvimento: indústria de medicamentos, insumos, tabaco, alimento.

Na busca de uma linguagem comum precisamos discutir formas de conexão com outras áreas.

Aqui se tem apresentado a falta de foco como um problema, como uma riqueza e um perigo. Fala-se também de especificidade como necessidade ou como isolamento e fechamento às contribuições. Essa diversidade mostra a riqueza no campo. O GT tem consensos, mas tem espíritos que denotam a diversidade do grupo. Devemos convidar atores para se incorporar ao GT e discutir suas práticas. Vamos discutir políticas ou experiências? Vamos abrir espaços nas outras oficinas pra discutir as nossas práticas.

Fátima Pivetta (ENSP)

Qual o papel do GT? Como poderíamos colocar na realidade o que estamos discutindo? Colocar como questão central: a saúde no centro da agenda política. Dois grandes pressupostos: intersetorialidade e participação. Intersetorialidade tem que ser praticada e a participação também. A contradição está na discussão circunscrita nos muros da saúde. Temos que construir a saúde a partir da contribuição dos outros setores. Temos que convidar outros setores para discutir com a gente. Não me sinto à vontade de discutir a intersetorialidade só em um setor, os múltiplos olhares tem que envolver múltiplos atores;

Como colocar isso na prática, a discussão é interminável... Onde se dá concretamente a promoção da saúde? Ela se dá no território.

Márcia Kemple (PUC-PR)

Com relação a essa crítica de que a Promoção é prescritiva de hábitos de vida saudável – acredito que não há nenhum sentido porque trabalhamos na perspectiva da autonomia dos sujeitos. Oferecem-se informação, dados, suporte para quem quer adotar este ou aquele comportamento. A cidade pode oferecer espaços para lazer e atividade física que o indivíduo pode ou não se utilizar dele.

Ondina Canuto (SMS/Sobral)

Ressaltar a importância da interdisciplinaridade: exemplo das novas categorias profissionais que foram absorvidas pela atenção básica, possibilitando às equipes uma visão diferenciada e ampliando a visão da equipe e da população. Essa incorporação de novos atores, por ex.: nutricionista, educador físico, permite que se construa um campo comum entre os profissionais de saúde e outros profissionais.

Lázara Lima (SES/GO)

Estratégia de Saúde da Família e as ações intersetoriais constituem atividades importantes para a Promoção. O PSF tem objetivo definido, servindo de porta de entrada, que bem ou mal funciona. Com relação às ações intersetoriais há um problema com recursos humanos. Há uma iniciativa no estado de Goiás

que é interessante, mas o secretário de planejamento não conseguiu entender. O serviço não tem absorvido o conhecimento da academia. Reflexão das práticas. Como capacitar os novos gestores nos estados, de que forma ajudar as secretarias de Estado a pensar suas práticas, disseminar essa idéia. Como fazer isso na prática?

Simone Cynamon (ENSP)

A discussão não tocou na questão do meio ambiente. Há de se colocar no debate da Promoção a aproximação com as questões do meio ambiente: o movimento da reforma urbana, plano diretor, agregando outros atores (Ministério das Cidades)

O PSF está se reformulando, se expandindo, tem se pensado em nova lógica. A gestão local tem que analisar a família a partir da lógica da habitação. Falta a discussão do ambiente construído e a influência na saúde. O projeto desenvolvido na ENSP de Habitação Saudável tem uma mala direta sobre habitação e meio ambiente saudável para as pessoas do DLIS.

Sergio Zanetta (S.Ex. / MS)

Gostaria de colocar três questões:

1. Temos que fazer uma discussão qualificada da questão entre o aparente conflito entre promoção e assistência curativa.
2. Temos que incorporar uma discussão de desmedicalização das práticas. Assistência domiciliar, por exemplo, tem sido medicalizada que não inclui o cuidador como um elemento central e o que caracteriza a casa, estar em casa.
3. Temos que lançar mão dessa discussão da ação não prescritiva, pois não podemos abrir mão de um certo tensionamento sanitário. Temos que ser intersetorial a partir de um certo lugar, o conhecimento sanitário é uma conquista da humanidade que temos construído ao longo do tempo. Por outro lado, a necessidade da especificidade se opõe a uma busca de conexões. Promove o isolamento, a conexão é estratégica e extraordinária.
4. Um eixo crítico do MS: estratégia de saúde da família. É uma conexão extraordinária para a promoção da saúde. É uma nova forma de organizar a saúde.
5. Talvez a promoção da saúde seja onde mais se aplica uma idéia de um pensar global, é onde se expressa a idéia de que para pensar global deve-se considerar as práticas locais.

O MS não está focado só nos serviços, mas tem desenvolvido políticas transversais como o Qualisus e o Humanizamus. O foco dessa política vai para além do profissional, o foco no usuário do serviço, nos sujeitos. E a idéia dessas políticas é que vão ser acertadas entre iguais, através de pacto entre entes federados. É claro que há um estilo e algumas escolhas de como se implementar a política, como no caso do PSF que lança um novo olhar para o sistema.

O que o Armando listou são as nossas tarefas, a de qualquer sanitarista. A gestão do SUS é compartilhada entre parceiros autônomos. Temos que ultrapassar a dimensão onde reivindicamos políticas e falamos de programa.

Nós precisamos construir um novo pacto da saúde. Temos que construir uma nova forma de se solidarizar em torno do SUS. Será que tem sentido o município ter uma gestão plena e uma mortalidade africana?!

Há determinadas políticas que são consideradas prioritárias e que se estruturam para articular setores para se encontrar e redimensionar algumas práticas. A estratégia do PSF tem um potencial para avanço na formulação da promoção de saúde.

A Política Nacional de Saúde está em disputa. A promoção tem que ser sistematizada e proposta no âmbito do MS.

Joselma – NUSP-UFPE: As mudanças nas reformas dos cursos médicos podem auxiliar muito nessa mudança de perspectiva em direção à promoção da saúde. A mostra de saúde da família deve ter mostrado os avanços em promoção na ponta. O Plano Diretor de Recife está sendo revisto pela academia e setor saúde. Reconhece-se que Recife só será saudável em todas as políticas públicas e há um entendimento que a saúde quer ser o carro chefe. Os outros setores têm que pensar as suas questões na visão do saudável como no caso da habitabilidade e segurança. O setor saúde tem que se preocupar com o seu setor e fora dele. A saúde só será competente se dialogar com os outros setores.

Ronice Franco (NUSP-UFPE)

Pela experiência se sabe que quando estamos no campo, o profissional não propõe uma delimitação desse campo “a priori”. Ao se questionar as necessidades para a própria população, a delimitação surge espontaneamente na fala das pessoas. Se a pergunta é boa, a resposta vem.

Daniel Becker (CEDAPS-UFRJ)

Ressaltar a importância da atuação na atenção básica. Riqueza e diversidade das experiências que estão aí devem ser consideradas

Instrumentalizar os profissionais com ferramentas da promoção e da Educação Popular em saúde é uma metodologia importante para a participação social.

Nosso campo de trabalho deve ser o DLIS. As práticas que são constituintes do governo local, que estruturam novos modelos de desenvolvimento. Equidade e a participação comunitária são os eixos integradores dos três níveis.

Jorge Béria

Gostaria de discutir o papel da pesquisa na consolidação da promoção como eixo temático na saúde. Como operacionalizar a pesquisa para clarear alguns desses pontos a que nos referimos aqui. Construir uma agenda de pesquisas para encontrar perguntas e respostas mais claras.

Luis Fernando (CONASS)

Senti falta da discussão do papel da gestão nesse processo, nos pactos, nos fóruns tripartite. Precisamos envolver atores do serviço nesse processo.

No CONASS há uma falta de informação e de estímulo por não haver um maior conhecimento do tema e interação com a academia.

O processo de indução dessa política tem que considerar financiamento, a disponibilidade financeira para a indução desse processo. Gostaria de sugerir que o GT levasse essa discussão junto com o CONASS e fizesse isso de forma compartilhada.

Leonard Dulh: Nós devemos nos concentrar em problemas, não em programas. Acredito existirem muitas artimanhas no rastreamento de mudanças. Você tem que conhecer as pessoas, as comunidades, pessoalmente. Você sabe muito sobre as pessoas em sua rede e pode começar a fazer mudanças.

DEBATE EM PLENÁRIA 2 – questões de agenda e de organização do GT

No segundo dia de atividades tomou-se como pauta a sistematização das discussões do dia anterior com vista à estruturação formal do GT ABRASCO e indicativos de agenda para o período 2004 – 2006.

Antônio Ivo: É importante lembrar de onde estamos falando. O GT é um espaço de gestão do conhecimento relevante, orientado às políticas públicas em saúde. Um espaço onde há um processo tenso de diálogo entre o fazer e o refletir. A prática gera o conhecimento e as ferramentas repensam para posterior aplicação das práticas.

A coesão do grupo não é a idéia de promoção “per se”, mas a prática que mobiliza outros campos na produção social do processo saúde doença.

Desafio: consolidar esse papel do GT. Gerar um processo vivo das experiências e da dimensão de formulação da política, produção de um conhecimento relevante na área da saúde. Um fazer de todo um movimento social trazido para o diálogo

Algum recorte precisa ser feito pra poder caminhar. Uma sinalização mobilizadora capaz de dar maior potência ao diálogo dos diversos campos.

Há um consenso que os planos são esses: atenção, governança local, processos políticos mais gerais. Temos, então que gerar uma práxis: operando, observando, formulando nos três níveis. O GT deve se capacitar para dialogar com todos os campos nesses três níveis.

- ? Atenção: PSF experiência mais organizada, MS abordagem de promoção nas esferas do serviço
- ? Governança local: DLIS, Municípios saudáveis etc
- ? Governança global: Gerando e atualizando um projeto mais social

Marco Akerman: Considerando a Promoção da Saúde com uma prática social representada em um conjunto de ações com atores sociais reais pelo país , podemos propor:

- ? Que a conexão com outros setores não necessariamente precisa ser trazendo pessoas de outras áreas para a discussão do GT, mas pode ser a partir do acompanhamento das outras iniciativas.
- ? A identificação desse conjunto de práticas sociais para formar a rede. O GT é uma rede de redes. Temos que criar conexões entre as práticas. A exemplo da Internet, temos que desenhar hipervínculos entre as diversas experiências. GT ABRASCO dar voz às diversas experiências. Temos que mapear práticas relacionadas ao serviço, desenvolvimento local e advocacia.

Concordo que temos que construir uma lente para olhar, fazer a meta articulação para as experiências que tem um potencial estratégico. O processo de formação é de responsabilidade mútua. E a responsabilidade do GT seria ajudar a identificar esse potencial estratégico das experiências e o processo de

formação de atores e instituições. Pesquisa, avaliação e sistematização dependem da pergunta que a gente quer fazer. Conjugando o potencial estratégico das experiências com a lente desse meta olhar.

Se nós não encontrarmos a especificidade do GT, a ABRASCO não vai aceitar sua existência. Nós estamos de acordo que temos que colocar a saúde no foco da agenda política. Temos que discutir mais a relação entre crescimento e saúde.

O GT poderia entrar em contato com a Oxford para traduzir o livro do Michael Marmot. Social Determinants of Health

Armando de Negri: Há nesse debate um problema de opção de curso. Temos que considerar a potência da proposta. Temos que construir um esforço articulado de uma política estratégica, que considere o papel do Estado, não somente desenvolvimento econômico, mas uma visão integrada.

Com relação ao mapeamento das práticas, temos que entender que umas são embriões de uma política maior e outras não. Não é somente se juntar às outras áreas, mas se unir aos grupos estratégicos de concepção da política nos outros setores. Há um problema de diálogo entre a saúde e a visão de promoção e os outros setores.

Existem elementos de potencial estratégico a serem identificados nas experiências.

O direito à saúde, reforma sanitária, intersectorialidade estão na nossa trajetória. Podemos, no entanto, ser absorvidos pelas nossas experiências.

Não fui bem entendido, pois não vejo que há contraposição entre a formulação da política e a análise das experiências. Temos que saber de que espaço que nós estamos falando. A ABRASCO tem um histórico de contribuição da formulação da política de saúde no Brasil.

A promoção tem que ser tomada como algo que não se traduz em programas, os programas estratégicos tem uma lógica, tem um tom conceitual.

Ambiente faz parte da estratégia da promoção. Muita coisa está acontecendo, mas não se constitui a contento com potência estratégica para mudar a política econômica e as políticas integradas.

Não se trata de obliterar os outros campos. A diversidade é a nossa maior arma, mas tem que ter um campo gravitacional para transformar em potência política. Vamos amplificar os elementos do debate. Mas há uma relação dialética entre as experiências e a formulação da política.

Temos que aprender a fazer advocacia e construir a agenda política. Chegar ao espaço de tomada de decisão e formular. Lidamos muito com modelos e discutimos muito pouco os modos que norteiam os modelos. Temos que construir coalizões, fazer uma meta leitura disso, reflexão de conceitos-chaves.

A Reforma sanitária tem que ser resgatada. Política pública da promoção da qualidade de vida, possibilidade de diálogo com outros campos.

Formar uma massa crítica de interlocutores sobre o assunto. Papel do GT nesta formação: a visão de promoção como estratégia exige uma formação de atores que possam ter a habilidade para construir políticas que possam gerar o que se quer.

Temos também que nos preocupar com espaços de formação para pessoas que não freqüentam os cursos formais, os agentes sociais que vão se especializando. Poderíamos criar uma incubadora para formular promoção da saúde a partir da experiência de Campinas. Poderíamos patentear a experiência do GT de promoção.

Há dificuldade de entender os determinantes. Temos que realizar debates estruturados a partir de temas estruturantes. Como fazer um diagnóstico de necessidades sociais, faz parte de um dos grandes problemas enfrentados no “como fazer”. Devemos aprofundar o método ao mesmo tempo em que se geram temas. Há de se considerar alguns temas geradores: políticas das urgências e promoção da saúde; e comunidades e cidades protetoras.

Luis Fernando – CONASS: A discussão da formulação é importante, mas o lado das práticas não é tímido ou menor. Temos que funcionar como um espaço de articulação entre as experiências. Os gestores têm sentido falta de articulação do processo...Quem toma a decisão precisa estar mais articulado com o que vem acontecendo.

Lenira Zancan (ENSP): Tentando ser pragmática, temos que repensar as nossas oficinas e nossos encontros. Buscar trabalhos em grupo, debater temas mais específicos...fazer as atividades de forma a romper com as falas individuais e repetitivas.

Estamos saindo com um produto similar às oficinas anteriores e um processo cansativo.

Há uma tensão no GT...mas retomando de forma simplista a exposição de Louise: as coisas ou as verdades são o que um coletivo é capaz de produzir. A idéia de promoção da saúde ora é o que já sabemos ora ainda está em construção. Aceitemos a segunda condição ..A promoção da saúde está sempre em processo de produção, é um movimento. Esta sendo construída nas práticas do setor saúde e fora dele e nas conexões possíveis.

O GT da ABRASCO é um espaço de conexões entre o que os outros espaços (Universidades, CONASEMS, CONASS, MS, etc) estão produzindo dentro do setor saúde.

Temos que conectar as instituições acadêmicas vinculadas a ABRASCO, colocar em conexão os projetos e talentos que já estão aqui.

A experiência de cooperação com o Canadá é outra rede que se forma e o GT é um espaço de reflexão e de disseminação destas experiências. Devemos aproveitar das diferentes potencialidades aqui presentes.

Ana Maria Sperandio (UNICAMP): A articulação é complexa. Interna e externa. Experiência da região de Campinas extrapola os muros do Estado e

tem sido uma experiência que formula políticas. Colocar o estado, junto às Universidades e comunidade para discutir é uma construção diferenciada. As outras áreas deveriam estar aqui sim. As pessoas têm potencial que a gente não escuta.

Refletir sobre as experiências é importante, mas ao mesmo tempo em que a gente faz a gente reflete. 250 pessoas na experiência de Campinas, vindo dos mais diversos setores e esferas. A Rede é formada por alguns encontros semanais, quinzenais e mensais entre a comunidade e universidade na perspectiva do município saudável.

Temos uma proposta de disciplina e curso de especialização na Unicamp em parceria com a OPAS e o Instituto de Estudos para a Sociedade. Proposta de um curso de especialização a partir da união de comunidade com gestores e professores para discutir a proposta promoção da saúde. A disciplina deve iniciar em 13 de agosto com 5 vagas para gestores.

Cláudio Duarte – São Paulo: Temos que avançar em relações concretas e aumentar a coesão e mudar a perspectiva da promoção no Brasil. Não ter medo de se apropriar das experiências que já estão acontecendo. Pensar em coisas inovadoras e ser um ator que apóia e advoga. Tem muita coisa acontecendo que nem sempre é chamado de promoção, mas tem dado respostas. O PSF é um grande espaço de promoção, é um dos maiores do mundo. Considera a participação popular, empoderamento, holismo.

O GT deveria montar um plano de ação com uma proposta de financiamento. Tentar traçar os componentes do plano de ação.

1. Formação de recursos humanos
2. Disseminação da promoção. Esse objetivo não está cumprido. Somos poucos no GT (Revistas, site, boletim)
3. Apoiar os projetos que estão em curso. Disseminar esses processos de acumulação. Temos que provar que a promoção funciona.

De um lado há um movimento social poderoso e de outro uma formação que desautoriza o que o movimento que tem sido feito.

Promoção da qualidade de vida trabalha com vivências, trabalha com o simbólico. Temos que ter a capacidade de captar as simbologias e perceber o debate ideológico que é travado. O PSF tem essa linguagem simbólica. A violência é outro símbolo. Temos que considerar o ganho simbólico relacionado a apreensão de armas. 40 mil óbitos a cada ano.

Devemos reforçar a iniciativa do MS de sintetizar o acúmulo das experiências de promoção e criar um documento.

Devemos acertar com a OPAS, CONASS, CONASEMS, MS um documento como carta de princípios a ser disseminado.

Daniel Becker: A dimensão política é a tarefa fundamental do GT, mas a discussão das experiências locais complementa essa dimensão. Por ex. DLIS, PSF (estratégia que está em uma encruzilhada: extensão de cobertura ou potencial de mudança política profunda e o que confere a diferença é a

promoção da saúde), governança local etc. O GT tem talentos e dimensões diferentes que podem trabalhar juntos.

Proposta de agenda do GT: realizar os estudos propostos pelo grupo Comissão Determinants of Health.

Jorge Béria: Não há exclusão entre a dimensão política e a prática dos serviços. Pensar a prática é a melhor forma de fazer teoria. (Paulo Freire) Teríamos que pensar onde a pesquisa poderia ajudar para achar o link entre essas duas questões. Poder não se toma, mas se cria (Gramsci)

Fórum Social Mundial 2005 – Poderíamos articular uma reunião do GT e aprofundar essa discussão.

Armando de Negri complementou que durante o Fórum Social Mundial de 16 de a 31 de janeiro de 2005, vai acontecer paralelo o Fórum Mundial de Saúde.

Joselma: Acho que teríamos duas tarefas:

1. Construção teórica para subsidiar as nossas práticas. Fazer uma discussão a partir do documento de Porto Alegre regionalmente.
2. Construção da política através de uma avaliação das práticas. Unir o serviço à academia.

Márcia Kemple: Acho que vou sair com mais perguntas do que respostas da oficina. É fundamental olhar para a diversidade de experiências, pois, para alcançar as políticas precisamos ver a diversidade na ponta. Por que precisamos recapacitar os profissionais do PSF? Por que esses profissionais não param no campo? Não há uma política que estimule os profissionais a permanecerem no campo.

Marcelo Firpo – ENSP-FIOCRUZ: Quero levantar três pontos:

1. Sou da área de saúde do trabalhador e ambiente e saúde (riscos ambientais, poluição etc). Identifico que a promoção da saúde tem uma possibilidade como estratégia de integração de vários setores relacionados aos condicionantes para a produção de saúde. Tem a possibilidade de organização de territórios. A ABRASCO trouxe a possibilidade de que o GT de promoção poderia congrega os outros GT's. Há, por exemplo, outras áreas trabalhando com promoção que não chamam de promoção.
2. Temos que incorporar a discussão da abordagem integrada. Por ex: Houve um caso em um dos municípios que eu estava trabalhando onde a população estava usando bombas explosivas para pesca de tainha. Não adianta retirar a bomba porque tem conseqüências sociais se você não entende o porque do uso e não discute com a comunidade formas alternativas ao uso da bomba. Temos que trabalhar junto com a população de como mudar uma cultura técnica local para uma outra. Temos que questionar: promoção pra que e pra quem?

A promoção também tem que questionar quais são os grupos de poder, processos técnicos e institucionais e de como a população se apropria disso para tornar a vida mais saudável.

Faço parte de uma rede de justiça ambiental: redes que transformam as experiências de atores e sujeitos coletivos em formas de exercício de poder mais efetivo. Atuam em municípios e lugares mais vulneráveis para redimensionar as relações de poder.

Temos aqui uma junção de discussões conceituais diversas que possibilita uma junção de práticas. A questão central do momento político brasileiro é o desenvolvimento econômico X desenvolvimento social. Temos muito a caminhar nesse sentido, como se pode exemplificar na questão dos transgênicos, desarmamento x empregos, geração de renda – equidade e sustentabilidade (arma ou ambiente etc). Há um ciclo vicioso X ciclo virtuoso, relacionado ao conceito de saúde.

Devemos aprofundar os vários territórios quando se fala de Brasil. Estamos diante de uma lógica complexa, como por exemplo, urbano e rural x urbanização do rural. Há redes conectadas e podemos entender os vários territórios a partir de PSF, como também a partir da idéia de riscos e dos determinantes sociais. Temos que formar redes que aproximem territórios na perspectiva da promoção da saúde. Há de se observar as lógicas de territórios, os processos produtivos e as dinâmicas sociais que dão força à construção dessas redes.

Maria José Vieira – NUSP-UFPE: Temos que pensar estratégias e ações para que o GT funcione. GT é composto de vários atores, cada um na sua instância pode dar conta do que a gente quer fazer; levar a promoção da qualidade de vida para população. Uma idéia seria regionalizar o GT: GT's regionais para trazer mais atores

Com relação ao debate, penso que a experiência fala muito e dá respaldo à teoria. A gente aprende com a teoria e a prática. No caso de Recife – estamos desenvolvendo um projeto de promoção da saúde redimensionando as práticas de gestão em cooperação com a ENSP e o Canadá.

Há alguns estados do nordeste representados no GT: Ceará e Pernambuco. Como ampliar a participação de estados e municípios no GT?

Miguel Malo: A pesquisa de promoção da saúde do Ministério tem o objetivo de identificar ações estratégicas de promoção da saúde no contexto da atenção básica. Vai ser uma pesquisa participante que partiu da iniciativa da OPAS, CONASEMS e MS. Temos que envolver o GT nessas iniciativas.

Com relação ao desenvolvimento local, temos que trabalhar uma articulação com outros GTs na própria ABRASCO. Temos que pensar como fazer uma agenda conjunta.

Há uma iniciativa da CGVAM de articulação das agendas DLIS, Municípios Saudáveis etc na perspectiva da gestão. Devemos considerar essa iniciativa e elaborar uma proposta para os gestores. Poderia fazer parte da agenda do GT.

Com relação ao plano global, temos que focar na abordagem das outras políticas que tem potencial relacionado à promoção da saúde. Alimentação, tabagismo, etc

Luiz Odorico Andrade – CONASEMS: lembro que no XX Congresso do CONASEMS – I Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não Violência, mais de 70 entidades fundaram a Rede Gandhi ancorada no CONASEMS/UNESCO/PALAS ATHENA
Portal do Conasems. www.conasems.org.br

Um dos primeiros desafios lançados para essa rede é a luta pelo desarmamento. Com a aprovação do estatuto do desarmamento, que não está regulamentado mas está avançando na sua construção, essa rede tem muito a contribuir com a sociedade nessa luta. A lei do desarmamento vai ser submetida a um referendo depois de um ano e as pessoas vão votar se o Brasil deve ou não vender armas no país.

Isso é uma responsabilidade histórica para os militantes da promoção da saúde. Se essa lei for aprovada vai abrir um precedente mundial no planeta nas questões de armas de fogo.

Tem havido uma discussão interna no governo sobre isso. Eduardo Jorge coordena esse movimento pelo CONASEMS e vamos fazer o lançamento da Rede no Congresso de Epidemiologia às 15 horas na sala A3. A discussão não se restringe ao desarmamento, mas ao tipo de planeta que se quer, que tipo de vida a gente quer levar.

Relacionado às questões globais, o CONASEMS tem defendido que temos que nos incorporar à ida do Brasil ao Haiti e abrir a discussão das questões em saúde. O Haiti sofreu uma reforma de saúde no modelo clássico do Banco Mundial. Devemos discutir com o governo e formar uma força tarefa de saúde para o Haiti, pois temos que nos diferenciar das forças militares da ONU. As faculdades brasileiras, por exemplo, poderiam adotar estudantes de medicina do Haiti. Temos que construir uma nova relação de solidariedade entre os povos.

Com relação ao PSF – nasceu na perspectiva da promoção, se diferencia dos outros modelos. A agenda do país de extensão de cobertura é muito grande, com características diferenciadas dependendo do lugar. A ESF incorpora uma agenda de promoção e de assistência. Essa questão da estabilidade do profissional no emprego é um problema ideológico e está relacionada à categoria médica. O diferencial é o agente comunitário que tem capacidade de fazer o matriciamento, é uma força comunitária -180 mil em território nacional.

O PSF nunca foi pensado como um pacote, um programa. A inversão do modelo aconteceu no sul e sudeste. O PSF foi estruturante no nordeste. Representou a construção da própria rede de sistemas e serviços. PSF foi reconhecido como uma estratégia estruturante no governo Itamar, mas continuou com a grife de programa.

Há um debate se a ESF deve ser horizontal ou vertical. Eu digo que deve ser um programa oblíquo, tem que envolver o papel da esfera federal, estadual e

municipal. O governo está disposto a fazer um desmame progressivo das equipes tradicionais e transformar todos em PSF – foi aprovado na tripartite. Temos que nos debruçar sobre o marco conceitual. Potencial para estruturar o novo modelo que a gente quer construir.

O CONASEMS vê com carinho o GT da ABRASCO, pois O GT precisa oxigenar esse debate da promoção. O GT cumpre a função de fazer essa formulação dialética com a prática. Convido o GT a elaborar uma carta compromisso para os partidos criando uma agenda da promoção da saúde para colocar na agenda política dos prefeitos. Nos propomos a publicar essa carta no portal do CONASEMS.

Lenira Zancan: outros momentos que poderiam potencializar a discussão dos tres níveis propostos dentro da agenda do GT:

Em outubro de 2004, no Colóquio de Quebec, com o tema da *prevenção e promoção nos sistemas locais e regionais de saúde*, onde inclusive vai acontecer o *Fórum Brasil* coordenado pelo GT. Seria um espaço para discussão da reorientação dos serviços.

No Fórum Social Mundial, em janeiro de 2005, poderíamos aprofundar a discussão da equidade e da determinação social e olítica da saúde.

No Congresso de Ciências Sociais em Saúde da ABRASCO – Florianópolis em julho de 2005 - Discutir a gestão local, desenvolvimento local, governança.

O próximo Congresso de Saúde Coletiva da ABRASCO será internacional, em 2006 Rio de Janeiro – O GT pode ter um papel importante na formulação da agenda.

Marco Akerman: Congresso da Rede Unida 2005. GT deve se inserir na pauta de questões que o PSF coloca: Território, busca ativa, vínculo, agente comunitário (questões abrem conexões para o país todo) Humanização, desmedicalização e necessidades sociais.

ENCAMINHAMENTOS FINAIS

Por proposta de Antônio Ivo, ficou estabelecido que a estruturação do GT ABRASCO deveria considerar, de início, três “camadas” ou “níveis” distintos de participação e responsabilidade:

1ª. Camada - Grupo Coordenador legitimado pela direção da ABRASCO, representativo das diversas regiões e de entidades de pesquisa e serviços.

2ª. Camada - Entidades filiadas à ABRASCO e convidadas para a participação no GT.

3ª. Camada - Adesão livre de entidades e indivíduos.

Foi considerado também (Regina Bodstein) que o GT deveria organizar áreas de atuação, por exemplo: Formação; Publicação; Pesquisa avaliativa; Difusão

O Grupo Coordenador do GT para o período de julho de 2004 a julho de 2005, ficou assim composto:

Antonio Ivo de Carvalho – ENSP/FIOCRUZ

Marco Akerman – FMABC - CEPEDOC

Ronice Franco de Sá – NUSP/UFPE

Simone Moyses – PUC Curitiba

Adriana Castro – SE-MS

Juliana de Paula - CONASEMS

Luis Fernando Sampaio - CONASS

Miguel Malo - OPAS

Armando de Negri –

Oficina de Trabalho
Promoção da Saúde:
da prevenção à mudança social

RELATÓRIO FINAL

ANEXO 1

TERMO DE REFERÊNCIA DA OFICINA

Termo de Referência

Data 19 e 20 de junho de 2004

Local Centro de Convenções de Pernambuco

Apoio ENSP/FIOCRUZ – MS/SE – OPAS

Coordenação

Antonio Ivo de Carvalho (ENSP-FIOCRUZ)

Marco Akerman (FMABC, CEPEDOC, SMS-SP)

Participantes.

Profissionais de múltiplas disciplinas e áreas de atuação que desenvolvem projetos/programas de ensino, pesquisa e serviços em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local. Aproximadamente 35 participantes

Justificativa:

O campo da Promoção da Saúde (PS) em sua vertente crítica atualiza e amplia o debate global sobre os determinantes sociais, culturais, políticos e econômicos do processo saúde doença, reafirmando a saúde como direito da cidadania e, portanto, redefinindo estratégias de enfrentamento das desigualdades. O grupo de PS da ABRASCO vem desde a sua 1ª oficina em Curitiba (2002) assumindo o compromisso com esse debate, enfocando a Saúde a partir dos referenciais teóricos da pós-modernidade e da complexidade das mudanças sociais em curso. Nesta perspectiva vimos colocando em evidência e reiterando a questão da inclusão social, do desenvolvimento local e de mudanças no modelo médico-assistencial na agenda da Saúde. Seguimos com a premissa de que novos desafios implicam na redefinição das políticas e práticas em saúde, tendo como referência a intersectorialidade e a participação social. O grupo identificou a avaliação como temática estratégica para a consolidação do campo da PS no Brasil, ampliando o diálogo com experiências, metodologias e iniciativas inovadoras. Tais iniciativas reiteram a importância da parceria entre instituições de ensino/pesquisa, administração pública e organizações sociais e comunitárias para a efetividade e sustentabilidade das experiências de promoção da saúde e desenvolvimento local.

Documentos de Referência disponíveis em www.abrasco.org.br, abrindo em Comissões/Gts ? Gt Promoção da Saúde ? Notícias.

Objetivos

- ✍ Aprofundar debate sobre o papel da Promoção da Saúde perante os desafios da saúde pública no século XXI, focando o desenvolvimento local e a sustentabilidade técnico-política;

- ✍ Atualizar intercâmbio acerca de iniciativas em curso, visando a consolidação das experiências em PS: Projeto Regional de Evidências de Efetividade em PS na América Latina; Rede de Ensino à Distância para Capacitação de Gestores em PS; Projeto Ação Intersectorial para a Saúde (ENSP/ABRASCO/CPHA); Estratégias de Desenvolvimento local para a América Latina (OPS/OMS); Fórum Brasil no Colóquio de Quebec e propostas editoriais.
- ✍ Consolidar estruturação do GT e estabelecer uma agenda para 2004-2005

Programa

19/06 – Sábado – manhã

Painel

Promoção da Saúde: diversidade de olhares

A estratégia da Promoção da Saúde: a visão do GT Abrasco
Antônio Ivo de Carvalho – ENSP/FIOCRUZ

Diretrizes da Política de Promoção da Saúde no Brasil
Gastão Wagner de Souza / Regina Benevides – SE/MS

DLIS na América Latina: marco conceitual e estratégias
Marco Akerman – SMS/SP

Perspectivas da Promoção da Saúde no cenário internacional
Louise Potvin – U. Montreal/Canadá

19/06 – Sábado – tarde

Grupos de discussão: (roteiro em construção)

Após síntese problematizadora por Leonard Dull, discussão em grupos com foco nos seguintes temas (roteiro em elaboração):

PS e mudança na atenção à saúde

PS e mudança na gestão local

PS e mudança social

20/06 – Domingo - manhã

Elaboração de relatórios e plenária de construção de consenso.

20/06 – Domingo – tarde

**Estruturação e formalização do GT
Agenda 2004/2006**

**Oficina de Trabalho
Promoção da Saúde:
da prevenção à mudança social**

RELATÓRIO FINAL

ANEXO 2

LISTA DE PARTICIPANTES

LISTA DE PARTICIPANTES

Nº	Nome	Órgão
01	Adriana Miranda Castro	Se/MS
02	Ana Maria Girotti Sperandio	Unicamp
03	Antônio Ivo de Carvalho	ENSP/FIOCRUZ
04	Armando de Negri	
05	Claudia Maria Bogus	USP
06	Daniel Becker	CEDAPS e UFRJ
07	Fátima Pivetta	CESTEH/ENSP/FIOCRUZ
08	Jorge Béria	ULBRA
09	Juliana Braga	CONASEMS
10	Lazara Ribeiro F. Lima	SES/GO
11	Lenira F. Zancan	DCS/ENSP/FIOCRUZ
12	Luis Fernando Rolin Sampaio	CONASS
13	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	CONASEMS
14	Marcelo Firpo de Souza Porto	CESTEH/ENSP/FIOCRUZ
15	Márcia Cristina Krempel	SMS/Curitiba
16	Marcia Gomide	UFC-FM
17	Marco Akerman	CEPEDOC- FMABC
18	Maria José Vieira Lucena Gomes	NUSP/UFPE
19	Miguel H. Malo Serrano	OPAS-OMS Consultor de Promoção da Saúde
20	Ondina Maria Canuto	Escola Saúde da Família/Sobral
21	Regina Cele de Andrade Bodstein	DCS/ENSP/FIOCRUZ
22	Ronice Maria P. Franco de Sá	NUSP/UFPE
23	Rosilda Mendes	CEPEDOC
24	Sérgio Fernando Rodrigues Zanetta	SE/MS
25	Simone Cynamon Cohen	DSSA/ENSP/FIOCRUZ

**Oficina de Trabalho
Promoção da Saúde:
da prevenção à mudança social**

RELATÓRIO FINAL

ANEXO 3

APRESENTAÇÃO DOS PAINELISTAS

Oficina de Trabalho
Promoção da Saúde:
da prevenção à mudança social

RELATÓRIO FINAL

ANEXO 3.1

APRESENTAÇÃO DE ANTONIO IVO DE CARVALHO

VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia
Recife, 19 e 23 de junho de 2004

Oficina
“Promoção da Saúde: da prevenção
a mudança social”

**Promoção da Saúde:
conhecimento, políticas, práticas**

Antônio Ivo de Carvalho
ENSP- FIOCRUZ

Promoção da saúde implica em:

- Conceito positivo e amplo de saúde como qualidade de vida (no lugar do conceito restrito de ausência de doença)
- Compreensão transdisciplinar do processo saúde- doença (no lugar da compreensão linear, disciplinar, biomédica)
- Intervenção intersetorial (no lugar da simples e isolada ação setorial dos serviços de saúde)

Promoção da saúde pode então ser entendida:

- Como novo paradigma de conhecimento e prática em saúde (reforçando e atualizando o ideário da R.S.);
- Como movimento social (produtor, difusor, organizador das mudanças políticas, técnicas, culturais exigidas pelo novo paradigma.

Como novo paradigma:

- Conjuga cinco idéias- chave:
 - Saúde / qualidade de vida como satisfação de necessidades vitais.
 - Necessidades vitais socialmente estabelecidas, fruto de pactos intersubjetivos
 - Pactos expressos em contratos sociais (leis) legitimadores de direitos.
 - Saúde como direito humano fundamental, portanto imperativo ético.
 - Saúde como capacidade para a vida.

Funda- se em dois princípios fundamentais (filosóficos):

- Autonomia (capacidade individual para a vida – possibilidade de escolha)
- Equidade (distribuição equitativa dessa autonomia na sociedade)

e ainda

– Responsabilidade (contraponto ético, relacionado a solidariedade)

Orienta- se por duas diretrizes fundamentais, no campo operativo:

– Participação, na medida em que a tarefa da saúde deixa de pertencer somente aos profissionais de saúde como sujeitos e passa a envolver o conjunto da cidadania;

– Intersetorialidade , na medida em que o setor saúde deixa de ser o campo exclusivo do pensar e do fazer em saúde, que passam a mobilizar outros campos de saber e de prática profissional.

Como movimento social:

Deve produzir agenda de mudanças

- Nos serviços de saúde
- Nas políticas públicas
- Nos planos de desenvolvimento loco-regionais

Nos serviços de saúde

- Redefinição do objeto das práticas, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, das organizações de saúde,
- Redefinição do objeto das práticas, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, das organizações de saúde, da cultura sanitária.
- Novos modos tecnológicos de intervenção em saúde, capazes de propiciar de forma integrada e ampliada a ação sobre causas (determinantes), sobre riscos e sobre danos à saúde de indivíduos e coletivos.
- Mobilização de outras racionalidades médicas e de saberes inter (trans) disciplinares.
- Novas relações organização/ profissional/população – acolhimento e vínculo – valorização e desenvolvimento das subjetividades
- Novas relações organização / profissional / população –acolhimento e vínculo – valorização e desenvolvimento das subjetividades

- *Empowerment*, como participação e formação para a cidadania, em diversos níveis:
 - Equipe de profissionais (processo laboral saudável, co-responsabilidade, etc.)
 - Indivíduos e grupos atendidos (relação compreensiva, integral, grupos terapêuticos, etc.)
 - População (gestão participativa, organizações comunitárias, recursos sociais, etc.)
- Orientação para a autonomia - bem estar e capacidade de vida (ampliação das chances de vida, na qualidade e na duração).
- A centralidade da avaliação – produção de informação, produção de julgamento (interpretação, valor) e produção de decisão.

Nas políticas públicas para a saúde:

• Obstáculos:

- estrutura administrativa segmentada e burocrática do Estado;
- predomínio da cultura setorial e competitiva;
- ausência de uma política estratégica de desenvolvimento social;
- predomínio da racionalidade biomédica nas arenas da saúde
- Exige decisão supra- setorial, expressiva de um pacto pela saúde / qualidade de vida como decisão política, a ser operacionalizada nos planos:
 - ✍ Institucional (locus supra- setorial)
 - ✍ Programático (programas para problemas concretos)
 - ✍ Orçamentário (dotações unitárias, não fragmentadas).

Nos modelos de desenvolvimento:

- Social com precedência e papel impulsionador sobre o econômico.
- Superação da idéia do setor saúde como consumidor voraz de recursos, em competição com áreas “produtivas” ou mesmo com áreas “assistenciais”, e a sua valorização como componente essencial do desenvolvimento humano, parte da cadeia produtiva num modelo de desenvolvimento integrado e sustentável.
- Saúde como objetivo e motor do desenvolvimento econômico

Oficina de Trabalho
Promoção da Saúde:
da prevenção à mudança social

RELATÓRIO FINAL

ANEXO 3.2

APRESENTAÇÃO DE MARCO AKERMAN

Oficina do GT de Promoção da Saúde e DLIS/ABRASCO – VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia – Junho de 2004

Apresentação de Marco Akerman: DLIS na América Latina – marco conceitual e estratégias

Introdução

Esta apresentação baseou-se em consultoria desenvolvida junto à Área de Desenvolvimento Sustentável e Meio Ambiente da OPAS para a construção de uma proposta de marco conceitual e operacional para a cooperação técnica da OPAS em “desenvolvimento local” nas Américas.

Este projeto teve como ponto de partida uma Oficina de Consulta realizada em Cuba, em fevereiro de 2004, que contou com a participação de 19 profissionais convidados pela OPAS - 11 de Cuba e 8 de outros países (Argentina, Brasil, Equador, Nicarágua, Peru e México).

As etapas desenvolvidas durante a reunião e as recomendações dos participantes são apresentadas nos próximos tópicos, que estão em espanhol por ter sido o idioma oficial da Oficina.

Se realizaron varias sesiones de discusión, trabajo en grupo y plenarias de construcción de consensos. Estas actividades recibirán insumos de 14 presentaciones de los participantes que reflejarán experiencias en las áreas de “Municipios Saludables”, “Escuelas Saludables”, “Municipios Productivos”, “Viviendas Saludables”, “Seguridad Alimentaria y Nutricional”, “Atención Ambiental Primaria”, “Gobierno Local”, “Integración Interagencial” y “Cooperación Técnica Descentralizada”.

Las experiencias representan un conjunto de iniciativas implementadas por la OMS / OPS y por gobiernos municipales y nacionales en los últimos 10 años y que poseen un ideario común con base en la participación y en el trabajo intersectorial para la formulación de políticas públicas que mejoren la calidad de vida de grupos humanos en distintos contextos. Son experiencias de carácter más horizontal que buscan levantar prioridades basadas en las necesidades de las poblaciones involucradas que tienen voz y participan activamente de la planificación e implementación de las iniciativas, y, en muchas oportunidades también de su evaluación. Se podría decir que esas experiencias conforman, dentro de la OPS, el embrión para la construcción de una estrategia de “Desarrollo Local”.

Productos de la Reunión

Los siguientes insumos fueron producidos pela Reunión: :

1. Insumos generales para el “Documento Conceptual” a ser elaborado: (a) agregar al término “Desarrollo Local”, que actualmente denomina el esfuerzo que se desea emprender, las palabras “Integrado” y “Sostenible” (DLIS); (b) reflejar sobre si “DLIS” es “una herramienta”, “un

medio” o un “fin que se desea alcanzar”; (c) incluir la “Atención Primaria” como una de las estrategias y acciones de la OMS / OPS que el documento pretende analizar; (d) en el texto “analizar las implicaciones de las metas del desarrollo del milenio (MDM) en relación con el desarrollo local” (DL) los participantes opinaron que es necesario considerar la bi-direccionalidad y los contextos específicos entre MDM y DL; (e) el documento conceptual debe tener un formato que le permita constituirse en un instrumento de negociación con los países.

2. Conjunto de valores para fundamentar la estrategia de “Desarrollo Local”: al conjunto de valores, en general, definido por lo grupo el relator, se añadió una tipología como se sigue - valores - equidad, justicia social, solidaridad, tolerancia, respeto a la diversidad, etc; principios - empoderamiento, participación ciudadana, intersectorialidad, sostenibilidad, inclusión social, enfoque de género, raza y etnia, etc; presupuestos - voluntad política, responsabilidad del estado, proceso socialmente endógeno, respeto a las tradiciones y cultura local, equilibrio entre lo social y lo individual, etc.; directrices - descentralización de la cooperación técnica, articulada con otros niveles de gobierno (centrada en el país); sensibilización como elemento de negociación de la cooperación técnica externa y local, diálogo y articulación multisectorial y interagencial, etc.
3. Expectativas sobre lo que debe propiciar el “Documento Conceptual” a ser elaborado: (a) preparar la Organización (OPS) para enfrentar el “Desarrollo de la Cooperación Técnica en el ámbito local”; (b) estimular la voluntad, decisión y dirección hacia el desarrollo de “Gobiernos Locales” como punto de partida de las iniciativas locales; (c) incentivar alianzas estratégicas entre agencias que permitan ordenar y optimizar la Cooperación Técnica de modo a lograr eficiencia e impacto en el nivel local; (d) recomendar la participación de la comunidad en la determinación de las prioridades y la búsqueda de las soluciones a los problemas locales.
4. Estrategias para una articulación horizontal de iniciativas locales: (a) el mandato para la articulación lo tienen los gobiernos; (b) la experiencia de algunas ciudades donde existen varias agencias actuando es que cada cual acompaña aisladamente a sus proyectos, sin aglutinar la asesoría técnica a pesar de que muchas veces trabajan sobre una **plataforma común** definida por el gobierno local; (c) la cooperación técnica de la OPS contribuye pero no decide la articulación horizontal interagencial; (d) se hace énfasis a que hay doble articulación, una horizontal que responde a lo interno del gobierno local y otra vertical que obedece a las prioridades que da la nación, pero le corresponde al gobierno local ordenar las prioridades de acción dando respuesta a las prioridades locales y nacionales; (e) una articulación horizontal de iniciativas locales está en la dependencia de la existencia de planificación estratégica local que construya una plataforma común de acción entre los distintos actores sociales en consonancia con las políticas públicas de gobierno; (f) construir puentes para la cooperación entre países latino-americanos, con el cumplimiento de acuerdos

internacionales puede incentivar la articulación horizontal de iniciativas locales interagenciales.

5. Lecciones y desafíos de las iniciativas representadas en la Reunión: las lecciones aprendidas presentadas, evidencian el potencial que tiene estas experiencias para impulsar el desarrollo local; los desafíos destacados nos indican donde debemos concentrar esfuerzos para la mejoría de los procesos.

- ? Por ejemplo, en el campo de las potencialidades, (a) estas iniciativas pueden fortalecer el gobierno municipal, pueden convertirse en un estilo de gestión e de desenvolver la capacidad resolutive local (“Municipios Saludables”); (b) pueden maximizar el uso de recursos (“Red de Municipios Saludables”); (c) favorecen el desenvolvimiento de la identidad y de valores locales (“construcción de gobiernos locales”) (d) estimulan el uso racional de espacios locales (“Red de Viviendas Saludables”); (e) propician incremento en la producción económica local (“Municipios Productivos”); (f) propician capital social para o empoderamiento de las comunidades y para la sostenibilidad de procesos (“Seguridad Alimentaria y Nutricional”); (g) promueven alternativas para superar factores ambientales que afectan la salud (Atención Primaria Ambiental).
- ? Con relación a los desafíos, estas experiencias revelan lo mucho que todavía hay que hacer: (a) en lo que concierne a mejorar estrategias para el desarrollo de acciones intersectoriales (todas experiencias); (b) para instituir un proceso continuo de sistematización, monitoreo y evaluación (todas); (c) para medir resultados y impactos (todas); (d) para sustentar procesos participativos e mejorar su cualidad (todas); (e) para ampliar el foco de la participación para mas allá del involucramiento solamente en la definición de prioridades (todas); (f) para la capacitación permanente multidireccional hacia la consigna “quien coopera, dirige, participa y recibe servicios” (todas); (g) para sustentar procesos (todas); (h) para flexibilizar estructuras de cooperación, de gobierno y de participación (todas); (i) y lo más importante, para construir una agenda o plataforma común que permita agregar el mayor numero posible de sujetos sociales alrededor una acción local concertada que beneficie un gran número de personas.
- ? Podríamos sintetizar, que el conjunto de estas iniciativas posee los elementos necesarios para fortalecer la gobernabilidad municipal, desarrollar acciones intersectoriales, impulsar la participación ciudadana y fortalecer la base productiva local creando condiciones para la sostenibilidad en lo largo plazo. En otras palabras, la articulación local de estas iniciativas permitiría aumentar su potencia para el desarrollo local, pues ellas se complementan recíprocamente.

6. Recomendaciones de líneas conceptuales y operativas para el diseño de la estrategia de “Desarrollo Local”: (a) ser una propuesta integradora para posibilitar la conquista y la articulación del trabajo local a partir de lo ganado con las diversas iniciativas ya existentes; (b) plantear una propuesta estratégica para impulsar el desarrollo local como un instrumento operativo para avanzar en el proceso así como para negociar con los diversos interlocutores; (c) trazar líneas de acción que estimulen la formación de alianzas al rededor de las potencialidades y capacidades existentes en las localidades, de modo a propiciar la construcción de identidades que aglutinen intereses comunes y favorezcan la sostenibilidad de las acciones; (d) sugerir la posibilidad de que la propuesta de “Desarrollo Local” en la Región estimule la construcción de puentes entre distintas localidades en el mismo país o entre países distintos; (e) Figurar el “Gobierno Local” como actor privilegiado para coordinar las acciones de diferentes sectores, organizaciones y agencias internacionales de cooperación para el desarrollo local. “Gobierno Local” es más que el poder ejecutivo municipal es un conjunto coordinado y articulado de acciones dirigidas hacia el bien común en un ambiente donde hay transparencia de los recursos públicos disponibles y canales reales de participación que van más allá de la mera consulta para determinar necesidades e prioridades. El “Gobierno Local” es la materialización creativa de la interacción entre los valores, principios y mecanismos de la democracia representativa y de la democracia directa hacia la calidad de vida y el desarrollo humano; (f) enfatizar que el establecimiento de prioridades locales de desarrollo se hace en una doble articulación, una horizontal que responde a lo interno del gobierno local y otra vertical que obedece a las prioridades que dan la nación; (g) indicar que la ciudadanía y sus mecanismos de representación directa e indirecta son claves de los procesos de desarrollo local; (h) destacar la necesidad de configurar una “plataforma común” mínima, que incluya aspiraciones, necesidades sentidas e identidades y sea representativa los distintos actores involucrados como un punto de partida para impulsar el desarrollo local; (i) reconocer que la construcción de una plataforma común para el desarrollo local necesita ser estimulada de forma activa y deliberada; (j) plantear líneas operativas que preparen la OPS para enfrentar el desafío de cambio de foco de la cooperación técnica en el ámbito local: **“Preparación al Interior”**; (k) en otro ámbito es necesario lograr alianzas estratégicas interagenciales; (l) “Todo lo que vale la pena hacer vale la pena evaluar”: en desarrollo local, “los qués y los cómo” – indicadores para evaluar procesos, resultados e impactos - deben partir de los objetivos y / o prioridades (y aspiraciones) locales.
7. Modelando un marco conceptual y operativo - un primero intento: a partir de los elementos obtenidos en la reunión de consulta articulamos algunas dimensiones teóricas y operativas que pueden componer una futura “Matriz para o DLIS Pan-Americano”. El “etc.” al final de cada uno de los tópicos, abajo, denota, que este todavía un trabajo inconcluso. (A) **Visión de futuro / Utopía**: Calidad de Vida / Salud Publica / Desarrollo Humano, etc. (B) **Base teórica que propicia fundamentos para la práctica multidimensional en salud**: el conjunto de conocimientos

organizados sobre el cuerpo teórico denominado “Determinación Social del Proceso Salud-Enfermedad”. (C) **Determinaciones o dimensiones de esta practica:** saludable, educacional, productiva, ambiental, seguridad alimentaria, paz y integridad física, derechos humanos, inclusión social, habitacional, transporte, trabajo y ingreso, servicios etc. (D) **Estrategia de articulación de distintas dimensiones y generación de nuevas prácticas sociales hacia nuestras visiones de futuro:** Desarrollo Local Integrado y Sostenible (DLIS) (E) **Materialización de esta articulación en terrenos concretos donde viven sujetos sociales:** la construcción concertada de plataformas comunes de aspiraciones, identidades y necesidades sentidas impulsada por un conjunto de actores públicos articulados en un “Gobierno Local”. (F) **Conjunto de idearios operacionales multidimensionales disponibles:** “Municipios Saludables”, “Escuelas Promotoras de Salud”, “Seguridad Alimentaria y Nutricional”, “Municipios Productivos”, “Atención Primaria Ambiental”, “Vivienda Saludables”, “Agenda 21”, etc. (G) **Fundamentos ético-políticos:** valores, principios presupuestos y directrices.

Oficina de Trabalho
Promoção da Saúde:
da prevenção à mudança social

RELATÓRIO FINAL

ANEXO 3.3

APRESENTAÇÃO DE ADRIANA CASTRO

**POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA
MINISTÉRIO DA SAÚDE**

PNPS

- ✍ **2002 – Formulado documento para discussão pela extinta SPS/MS.**
- ✍ **Setembro/2003 – Coordenação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) é alocada na Secretaria Executiva.**
- ✍ **2003/2004 – Realização de Oficinas de Construção da Política Nacional de Promoção da Saúde – duas em Brasília e uma no Ceará.**

PNPS

- ✍ **2003/2004 – Participação em reuniões sobre a promoção da saúde organizadas por outros atores do campo – Campinas, Natal, Rio de Janeiro.**
- ✍ **Maior/2004 – Reunião do Grupo Redator da PNPS.**
- ✍ **Maior e junho/2004 – Redação do texto preliminar da PNPS e reuniões com as diferentes áreas do MS**

PNPS

- ✍ **Pesquisa na II Mostra de Saúde da Família sobre a Promoção da Saúde na Atenção Básica (aplicados 1090 instrumentos), já em processo de análise.**
- ✍ **Pesquisa Bibliográfica em parceria com a OPAS sobre a Promoção da Saúde na Atenção Básica – anais do Congresso da ABRASCO (2003) e 1600 trabalhos apresentados à II Mostra de Saúde da Família.**

PNPS

- ✍ **Pesquisa acerca das experiências de promoção da saúde desenvolvidas no âmbito da atenção básica a partir do levantamento previamente realizado – “observação participante” – parceria OPAS, DAB/SAS e SE**
- ✍ **Elaboração de proposta (em discussão) para criação dos Núcleos de Saúde Integral – apoio técnico às equipes de saúde da família e realização de atividades no campo da saúde mental, reabilitação e promoção da saúde.**

PNPS Promoção da Saúde

No marco da reforma sanitária brasileira, é entendida como mais uma estratégia de produção de saúde articulado às demais estratégias e políticas do SUS, contribui na construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde.

PNPS

- ✍ **Conceito ampliado de saúde**
- ✍ **Defesa de políticas públicas que garantam os direitos de cidadania**
- ✍ **Integralidade**
- ✍ **Construção e gestão compartilhadas dos saberes, práticas e políticas públicas em saúde**
- ✍ **Participação e controle social**
- ✍ **Respeito à singularidade de sujeitos e comunidades**
- ✍ **Autonomia**
- ✍ **Intersetorialidade como modo privilegiado de intervenção**
- ✍ **Transversalidade**

Diretrizes

- ✍ **Trabalhar pelo aumento do coeficiente de autonomia de sujeitos e coletividades na eleição de prioridades, na elaboração de modos de intervenção em saúde e na construção de uma ambiência favorável à qualidade de vida.**
- ✍ **Atuar no incremento do poder técnico-político dos sujeitos e coletividades através de ações de educação popular e permanente que considerem o saber por eles produzidos.**
- ✍ **Estimular e fortalecer a mobilização e participação social na formulação, gestão e controle das políticas públicas que afetem a qualidade de vida.**

Diretrizes

- ⌘ Atuar como vetor de transformação das atitudes da sociedade e de seus dirigentes a fim de criar ambientes favoráveis à saúde.
- ⌘ Subsidiar processos que visem à conquista da equidade e à modificação das situações de exclusão social, pobreza, violência e urbanização desordenada.
- ⌘ Estimular a construção de parcerias entre instituições públicas, privadas e da sociedade civil organizada para a elaboração e implementação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida de sujeitos e coletividades.

Diretrizes

- ⌘ Agir na reorganização dos serviços de saúde a fim de romper com a fragmentação da atenção e da gestão através da conjugação clínica e política.
- ⌘ Estimular a concretização da integralidade, entendida como a compreensão dos sujeitos e coletivos vinculados a um território em sua singularidade social, política, econômica, histórica e cultural.

Diretrizes

- ⌘ Investir na instituição e fortalecimento de processos de co-responsabilidade e co-gestão intersetoriais das políticas e ações referentes à saúde nos níveis federal, estadual e municipal.
- ⌘ Priorizar ações no campo sanitário que se façam intersetorialmente.
- ⌘ Estimular e fortalecer a construção de redes sociais, que trabalhem as questões referentes à saúde com recursos e linguagens mais próximas aos coletivos locais e regionais, estimulando a construção compartilhada de saberes e práticas em saúde.

Diretrizes

- ⌘ Divulgar as experiências exitosas no campo da promoção da saúde.
- ⌘ Construir estratégias de comunicação que veiculem conteúdos promotores de saúde.
- ⌘ Estimular e realizar pesquisas que encontrem alternativas para as questões da saúde e desenvolvimento do país.
- ⌘ Estimular e realizar pesquisas para a construção de estratégias de acompanhamento e avaliação das ações em promoção da saúde.

Eixos Temáticos

Modos de viver

Modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses.

Os modos de viver não se vinculam apenas ao exercício da vontade individual/coletiva uma vez que seu processo de construção dá-se no contexto sócio-econômico-político-cultural Sendo, pois, marcado pelo espaço-tempo em que se expressa

Modos de viver

Prioridades:

- ☒ **Alimentação e Nutrição**
- ☒ **Atividade Física e Lazer**
- ☒ **Redução de danos decorrentes do consumo de álcool, tabaco e outras drogas**
- ☒ **Direito ao exercício autônomo da sexualidade**
- ☒ **Equidade de gênero, raça e cor**
- ☒ **Envelhecimento com qualidade de vida**

Eixos Temáticos

Condições e Relações de Trabalho

O fortalecimento da autonomia implica na ampliação dos espaços de gestão da vida.

No âmbito do trabalho, a melhoria da qualidade de vida relaciona-se a possibilidade dos sujeitos ampliarem as possibilidades de satisfação de seus interesses e os graus de responsabilidade e comprometimento com o exercício de um ofício.

É preciso garantir condições de trabalho adequadas e estimular e fortalecer os sujeitos como co-gestores do processo de trabalho.

Condições e Relações de Trabalho

Prioridades:

- ✍ **Melhoria dos ambientes de trabalho**
- ✍ **Redução da prevalência das doenças ocupacionais e dos acidentes de trabalho**
- ✍ **Serviços de Saúde Humanizados**

Eixos Temáticos

Ambiência

Refere-se ao ambiente físico, social, profissional e os modos como sujeitos e coletividades se relacionam com eles e entre si.

Assim, implica na construção da cidadania e na utilização dos espaços públicos, envolvendo a criação de uma atitude de respeito pelas diferenças sócio-histórico-culturais de cada território e de uma ética solidária no conviver social e com a natureza.

Ambiência

Prioridades:

- ✍ **Violência**
- ✍ **Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito**
- ✍ **Convergência de agendas intersetoriais (agenda 21, desenvolvimento sustentável)**
- ✍ **Saneamento e qualidade das águas**
- ✍ **Escolas**
- ✍ **Movimentos Sociais**

Eixos de Atuação

- ✍ **Estabelecer parcerias intersetoriais, inter-institucionais e entidades não-governamentais e da sociedade civil.**
- ✍ **Monitorar políticas públicas ligadas aos diversos setores que causem impacto na saúde dos sujeitos e coletivos**

Eixos de Atuação

- ✍ Subsidiar a construção e elaborar regulações e normas que visem à melhoria da qualidade de vida
- ✍ Estimular, fortalecer e subsidiar a criação de redes de apoio social que trabalhem pela autonomia de sujeitos e coletivos
- ✍ Estabelecer parceria com os meios de comunicação de modo a veicular conteúdos informativos e educativos em saúde

Eixos de Atuação

- ✍ Investir em redes de educação popular.
- ✍ Investir em metodologias de educação à distância.
- ✍ Pesquisar as ações da promoção da saúde de modo a construir estratégias com crescente efetividade e eficácia
- ✍ Sistematizar, consolidar e divulgar informações e evidências no campo da promoção da saúde.