

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS
NÃO TRANSMISSÍVEIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO
TRANSMISSÍVEIS

Produto nº. 01

Documento técnico contendo sistematização das mesas, debates e trabalhos em grupo realizados durante o Seminário Nacional de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde

Kênia Lara da Silva

Contrato OPAS nº. BR/CNT/1400448.001

Estado: Minas Gerais

Agosto – 2014

SUMÁRIO

PROGRAMAÇÃO	3
CERIMÔNIA DE ABERTURA	5
APRESENTAÇÃO – BALANÇO DA PNPS	11
DEBATE - BALANÇO DA PNPS	19
MESA REDONDA - DEVOLUTIVAS DO PROCESSO DE REVISÃO	27
MESA REDONDA – A INTERSETORIALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	53
MESA REDONDA - EIXOS TRANSVERSAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	73
OFICINA EM GRUPOS	88
MESA TEMÁTICA: EXEMPLOS DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE - APRESENTAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS	125
MESA DE ENCERRAMENTO - COMPROMISSO E RESPONSABILIDADES DOS ATORES ENVOLVIDOS COM A NOVA PNPS	136

PROGRAMAÇÃO

Com o objetivo de apresentar e discutir os resultados do processo da revisão da PNPS foi realizado o **Seminário Nacional de Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde** nos dias 15 e 16 de maio de 2014. Os temas apresentados no **Seminário Nacional de Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde** foram abordados por meio de uma palestra, uma Roda de conversa, três mesas redondas e 6 grupos de trabalho em Oficinas.

As mesas redondas e a roda de conversa foram coordenadas por moderadores, que desempenharam o papel de orientar a discussão e controlar o tempo limite para a exposição de cada participante. Após as exposições, os participantes foram levados a debater entre si os vários pontos apresentados e, quando houve tempo disponível, ocorreu a participação dos presentes na forma de perguntas ou comentários.

A mesa de abertura foi composta por Débora Carvalho Malta, Diretoria da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Simone Tetu Moysés, representando o GT de Promoção de Saúde da ABRASCO, Carlos Alberto Duarte, representando o Conselho Nacional de Saúde; Alessandra Schneider, assessora técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Denise Rinehart, Assessora Técnica do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Zohra Abaakouk, representante da Organização Panamericana de Saúde – Brasil e Sônia Brito, subsecretária da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Em seguida, Débora Carvalho Malta apresentou o Balanço da Política Nacional de Promoção da Saúde. As mesas redondas tiveram como temas: 1) Devolutivas do processo de revisão da PNPS; 2) Eixos transversais da Política Nacional de Promoção da Saúde; 3) Exemplos de avaliação e monitoramento em promoção da saúde: apresentação de experiências. A Mesa de encerramento teve como título Compromissos e responsabilidades dos atores envolvidos com a nova PNPS.

DIA 15/05/2014

SEMINÁRIO NACIONAL DE REVISÃO DA POLÍTICA
NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

CERIMÔNIA DE ABERTURA

Débora Carvalho Malta – Diretora do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde do Ministério da Saúde

O evento representa um processo muito rico de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde. Os representantes da Mesa tiveram um papel intenso e definidor nas diferentes instâncias da discussão da Política. O evento culmina com

Agradecimentos à Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde, Organização Panamericana de Saúde, Grupo de Trabalho de Promoção da Saúde da ABRASCO, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Manifestações de imensa alegria por contar com a presença e participação de todos e o desejo de um bom Seminário.

Simone Tetu Moysés – GT de Promoção de Saúde da ABRASCO.

O evento representa um momento de conagração e mais uma possibilidade de abrir a discussão sobre a revisão da PNPS. Agradecimentos à viabilidade concreta de visibilizar os princípios da promoção da saúde da participação, do empoderamento e da construção conjunta possibilitadas no processo de revisão da política. A revisão foi uma oportunidade de busca de diferentes olhares, diferentes percepções, com grupos direta ou indiretamente envolvidos com ações de saúde no país. Agradecimentos e valorização ao trabalho conjunto e implementação de um processo de promoção de saúde na proposta de revisão da política. Agradecimentos ao Ministério da Saúde e a todos os parceiros que trabalharam no processo reflexivo sobre a política nacional.

Carlos Alberto Duarte – Representante do Conselho Nacional de Saúde.

A renovação da Política Nacional de Promoção da Saúde é um momento importante de revisão sobre o que estamos fazendo. Ressalta-se a forma como foi realizada a revisão num processo com ampla participação o que garante que o controle social esteja efetivamente participando desse processo. Desejo de sucesso ao evento com votos de que a política seja de fato representação das necessidades que temos hoje em saúde no Brasil.

Alessandra Schneider – Assessora técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

Cumprimentos ao Ministério da Saúde pela iniciativa de revisão de política nacional de promoção da saúde, elaborada em 2006. Faz-se referencia a um processo bastante participativo, contando com oficinas de consulta regional, formulários on line para gestores, profissionais, conselhos, órgãos colegiados, grupos focais. Entende-se que o Seminário Nacional tem como um dos principais objetivos compartilhar com o público representativo de todo o Brasil, dados consolidados, submetê-los ao debate e validação. Desejos de que o seminário seja profícuo com estímulos aos representantes das secretarias estaduais de saúde neste processo. Ressalta-se a importância do processo de debate para construção de uma Política nacional de promoção de saúde alinhada e que contribua para mudança de modelo de atenção para enfrentamentos e desafios da atualidade representados pelas transições demográficas, tecnológicas, epidemiológicas e nutricionais.

Denise Rinehart – Assessora Técnica do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

A política de promoção da saúde foi construída num processo que contou com contribuição ampla da sociedade civil e da construção tripartite das políticas do SUS. O processo de revisão amplia essa perspectiva com consulta e participação coletiva na discussão. O atual contexto representou um momento necessário para a revisão. Ressalta-se que a política de promoção da saúde ganhou vida e se materializou nas cidades e nos mais de 5.500 municípios existentes no Brasil. Nas vésperas da ocorrência do 30º Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, a Mostra “Aqui tem SUS de experiências municipais de saúde” sempre abarca um grande número de experiências na área de promoção da saúde. Outros eventos também têm permitido a satisfação e felicidade de perceber como a política de promoção da saúde se desdobra na vida real. Afirma-se que esse é um desafio para o processo de revisão: que a política reflita e traga em suas linhas e como sua marca o que o cidadão e a cidadã brasileira esperam como promoção de saúde no seu território, na sua vida e nas suas cidades.

Zohra Abaakouk – representante da Organização Panamericana de Saúde – Brasil, coordenadora da Unidade técnica de Determinantes sociais em saúde.

Cumprimentos aos integrantes da mesa e participantes do Seminário. A OPAS se sente lisonjeada de fazer parte do processo de revisão. Destaca o interesse e o compromisso da OPAS no apoio à elaboração da revisão da política de promoção da saúde. Relembra a reunião regional sobre a saúde em todas as políticas e o início de um debate sobre processo de consulta. Ressalta o processo coletivo de revisão construído consultando vários atores e vários lugares. Destaca e parabeniza o processo de participação e afirma que o Seminário apresenta o objetivo de relatar o método de revisão e seu produto. Pontua que o desafio é a apropriação da política pelos setores e diferentes esferas. Desejo de que esse seja um compromisso coletivo.

Sônia Brito – Sub-Secretária de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Cumprimento a todos em especial o Conselho Nacional de Saúde, instância fundamental no processo de viabilização das políticas com participação da sociedade. A revisão da PNPS contou com o envolvimento fundamental de toda sociedade civil organizada, sejam gestores e instituições acadêmicas. A representação do CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE no processo de revisão é um importante passo para que a PNPS seja implementada. Há desafios e ousadias na efetivação da política, mas também conquistas e avanços que precisam ser reconhecidos. Essa é dialética da saúde do povo brasileiro: quanto mais se avança também mais desafios são revelados. O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE reflete e pontua essas questões. Destaca-se que o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde tem contribuído fundamentalmente com todas as políticas na tentativa de se realizar a implementação de uma forma bastante efetiva, crítica, necessária, para que as políticas sejam de fato possíveis de serem realizadas nos locais em que população está inserida. Reconhece-se a presença da OPAS presente em todos os momentos e processos de implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde no país. Pontua a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, bem como do qualifica as ações das políticas de modo geral e em particular da revisão da PNPS. No processo constituído na revisão, a ABRASCO representa um “olhar” de fora, acadêmico e reflexivo qualificando as propostas políticas e estratégicas de atuação na saúde. Agradecimentos à equipe do Departamento e da Secretaria de Vigilância à Saúde, dirigentes técnicos do Ministério e à subchefia adjunta de Articulação e Monitoramento da Casa Civil.

O que significa fazer uma revisão de uma política? Especificamente a PNPS, em 2006 já começou com um processo democrático, de ousadia do Ministério que se propôs a elaborar e pactuar junto a Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e Conselho Nacional de Saúde, uma política de promoção da saúde com foco na área de saúde. Essa política exige intersetorialidade e representa um desafio em

especial para se concretizar as ações, produzir evidências e reverter a compreensão da sociedade sobre o significado de promoção da saúde.

A promoção vem para se contrapor à perspectiva da fragmentação e do foco na doença. Enquanto Política, em 2006, a promoção da saúde entra na agenda de uma forma mais sistematizada. Nesse sentido, a Secretaria de Vigilância à Saúde conduz um processo de articulação que deve se estender intra-Ministério da Saúde e, para além do Ministério, em todo o SUS.

O evento guarda uma importância dado o processo de revisão com a participação e representação da sociedade brasileira. De forma similar, o 30º Congresso dos Secretários Municipais de Saúde espelha a capacidade de mobilização do SUS na produção de evidências, práticas, experiências inovadoras na área que remetem ao prazer, ao viver, à qualidade vida, temas atinentes à promoção da saúde. A promoção da saúde se destaca como estratégia de produção da saúde e, portanto, é isso que o Ministério da Saúde espera: que o modo de pensar e operar a promoção se realize articulando com todas as políticas e tecnologias desenvolvidas pelo sistema de saúde brasileiro, não só de saúde, mas de todas as políticas públicas e todas as outras que contribuam para a melhoria da qualidade de vida.

Decorridos oito anos da publicação da PNPS reconhece-se que há avanços importantes e fundamentalmente desafios. A proposta do evento é revelar a produção e a expressão do que foi o processo de revisão. A revisão constituiu-se de um intenso processo participativo, iniciado em 2013 com 4 movimentos simultâneos: 1) as oficinas regionais e uma oficina com os Conselhos de Saúde; 2) o questionário do FORM-SUS aberto no site do Ministério para coleta de opiniões, on line de representantes intrasetorial; 3) Questionário DELPHI com representantes intersetorial e das universidades envolvidas com o tema e 4) três oficinas para análise de resultados. Demonstra-se a complexidade, transparência e o processo democrático desenvolvido para o alcance dos resultados. No Seminário será ainda apresentado, de forma sistematizada, o balanço das ações realizadas pelo Ministério em promoção da saúde, dentre as quais destacam-se o programa Academia da Saúde, lançado em 2011. Esse programa constitui um modelo de intervenção nacional de promoção da saúde,

com envolvimento de todos os entes federados. Visa contribuir com a equidade no acesso às ações voltadas à produção do cuidado e modos de vida saudáveis em espaços qualificados que se constituem em equipamentos da Atenção Básica em saúde. Destaca-se também o projeto “Vida no Trânsito” uma ação interministerial que teve origem com a escolha do Brasil para integrar uma ação global chamada de Road Safety em dez países (RS10), coordenada pela Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-americana de Saúde que visa estimular, nos países financiados, ações de prevenção a lesões e mortes no trânsito e aumentar a capacidade de avaliar projetos.

Nas ações de prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, destacam-se a articulação com Secretaria de Políticas para as Mulheres; no plano nacional de enfrentamento da violência contra as mulheres; no programa *Mulher: viver sem violência*, na Casa da Mulher Brasileira e a articulação com a Secretaria de Políticas de Promoção à Igualdade Racial, no Plano Nacional de enfrentamento da violência contra a juventude negra.

Nas ações de saúde ambiental, destaca-se o grande desafio para o setor saúde de articular com a vigilância ambiental, com a saúde ambiental, com um ambiente saudável mas destaca-se o estímulo às iniciativas e estratégias de municípios saudáveis, desenvolvidos por instituições de pesquisa, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, apoio à Rede Nacional de estratégias de cidades saudáveis. Todas as essas ações constituem-se em evidências de que a promoção da saúde está acontecendo. Contudo, reconhece-se a necessidade de avançar e superar os desafios. Desejos que o Seminário seja um marco na história do Brasil e que traga a possibilidade de ampliar os compromissos tanto intra quanto extra e intersetoriais no tema da promoção, reduzindo as iniquidades em saúde e contribuindo para a melhoria de vida da população.

APRESENTAÇÃO – BALANÇO DA PNPS

Débora Carvalho Malta – Diretora do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde do Ministério da Saúde

A PNPS, publicada em 2006, tem como marcos referenciais a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Constituição Federal. Desde essa época já se havia uma referência clara da promoção da saúde no Brasil, mas a sua institucionalização se deu apenas em 2006 com a aprovação da Política Nacional que tem como pilares a atuação intersetorial, integrada com um conjunto de setores, o diálogo entre o setor Saúde e os outros setores do Governo e da sociedade e a busca das redes de compromisso e corresponsabilidade.

A PNPS atual conta com uma estrutura composta por introdução, objetivos, objetivos específicos, diretrizes e ações específicas. No processo de revisão a nova versão da PNPS terá a seguinte estrutura: introdução com os seus antecedentes, princípios e valores, diretrizes, objetivo geral e objetivos específicos, eixos transversais estratégicos e temas prioritários.

A política de 2006 estabelece como temas prioritários: alimentação saudável, prática corporal e atividade física, prevenção e controle do tabaco, redução da mortalidade em acidentes de trânsito, diminuição da mortalidade pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, diminuição da violência e cultura da paz, promoção do desenvolvimento sustentável. O balanço aqui apresentado será sobre esses eixos prioritários.

Importa destacar que qualquer um dos temas prioritários deve se pautar pela busca da equidade, respeito à diversidade, busca do desenvolvimento sustentável, atuando de forma intersetorial nos seus determinantes e condicionantes na rede de produção social e do cuidado, buscando então a ambiência em territórios saudáveis, vida no trabalho e cultura da paz. No processo de revisão discutiu-se que a política deve ser operacionalizada a

partir dos eixos estratégicos de territorialização, ação e cooperação intersetorial e intrassetorial, participação e controle social, gestão, educação permanente, vigilância, monitoramento e avaliação, produção e disseminação do conhecimento, comunicação e mídia. Esses são os eixos estratégicos da revisão da política. A partir desses 8 eixos estratégicos apresenta-se o balanço da promoção da saúde.

Em relação á territorialização e às experiências de promoção de saúde no território, há dois grandes exemplos: o programa Saúde na Escola e o programa Academia da Saúde. O programa Saúde na Escola, criado em 2008 e o programa Academia da Saúde em 2011. Ambos são recentes mas têm em suas agendas e proposição uma atuação integrada intrassetorial e intersetorial, buscando avançar nos seus territórios específicos. No caso do PSE, destinado ao público de crianças e adolescentes impactando diretamente na escola em todos os eixos, o componente 2 do programa envolve ações de promoção da saúde para um grupo escolar específico, Na Academia da Saúde, com toda a sua singularidade e atuando no território, busca-se a promoção de ambientes e espaços saudáveis onde se pode construir a prática da atividade física, da alimentação saudável, prevenção da violência, da cultura da paz.

Em relação á articulação e cooperação intrassetorial e intersetorial, há muitos exemplos de sucesso. Apresenta-se como exemplo a Comissão Nacional para implementação da Convenção Quadro de Controle do Tabaco (CONICQ), aprovada no Senado Federal em 2006. Representa um Fórum com a articulação intersetorial de 16 Ministérios, dirigido pelo Ministro da Saúde, cuja secretaria executiva é realizada pelo INCA, e tem o objetivo de construir uma agenda intersetorial de Estado para implementar a Convenção Quadro de Controle do Tabaco no Brasil. Pode-se reconhecer muitos êxitos dessa atuação com uma redução expressiva da prevalência do tabagismo. Em 1989, havia um percentual de 36% de pessoas fumantes no Brasil. Em 2008, os dados do IBGE mostravam 17.8%. Os dados do VIGITEL, de monitoramento das capitais, mostra um declínio crescente atingindo recentemente 11% de prevalência na população adulta em capitais.

Importa destacar também a articulação intersetorial coordenada pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), liderado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome juntamente com mais 17 Ministérios, no plano de enfrentamento e controle da obesidade. Destacar também a articulação intersetorial envolvendo o Ministério da Saúde e entes privados, em 18 mil escolas particulares da Federação Nacional de Escolas Particulares, buscando a promoção de alimentação saudável de escolas da rede privada de ensino.

Existe uma série de projetos nos quais o Ministério da Saúde tem participado com outros ministérios. Destacam-se projetos como o Projeto de Enfrentamento da Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, o Plano Nacional de Enfretamento de Tráfico de Pessoas, Campanha Desarmamento. Esse último atuou sobre o recolhimento de armas e impactou nas taxas de mortalidade por homicídio: em números absolutos foram contabilizadas mais de cinco mil vidas poupadas, na primeira avaliação realizada em 2004.

Vale ainda citar o trabalho da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e a parceria com o Ministério da Saúde no enfrentamento dos problemas no uso de álcool, crack e outras drogas. Em relação à Secretaria Nacional de Segurança Pública, há também parceria envolvendo os Institutos Médicos Legais (IMLs) e a Secretaria de Política de Mulheres na coleta de vestígios nos hospitais públicos. Destaca-se também o PRONASCI, o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania, com uma articulação envolvendo saúde, Justiça e outros Ministérios.

Na articulação intersetorial na prevenção de violências, há uma liderança da Secretaria de Políticas para Mulheres com diversos planos: Plano Nacional de Enfretamento às Violências contra Mulheres, programa Mulher viver sem violência, Casa da Mulher Brasileira. O programa Juventude Viva de igualdade racial no qual o Ministério da Saúde participa ativamente é também um exemplo de ação intersetorial.

A Secretaria de Direitos Humanos apresenta uma série de projetos de intervenção intersetorial: o Plano Nacional de Enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil, o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência contra

criança e diversos planos da Pessoa Idosa. Em todos esses o Ministério da saúde tem participado ativamente, conformando redes de proteção às vítimas e redes locais. Ressalta-se que os planos do Governo Federal se desdobram em parcerias locais, buscando a proteção das vítimas.

Em relação ao ambiente sustentável, outro eixo da Política, destaca-se a Rio+20, Conferência realizada no Brasil em 2012 com toda a liderança do setor saúde nas reuniões preparatórias cuidando para que o tema da saúde fosse apresentado com destaque. Isso se faz importante para alavancar as agendas futuras, inclusive a própria discussão Pós-2015* em relação às metas do desenvolvimento sustentável. A importância da inserção do tema saúde no Pós- 2015. Há também uma série de outras ações, visando tanto licenciamento ambiental, plano de desenvolvimento regional sustentável, no qual, junto com o Meio Ambiente, o setor Saúde tem participado de uma forma ativa.

Além disso, do ponto de vista intrasetorial, destacam-se as redes de produção social da saúde e do cuidado no tema das Urgências, tanto de causas externas referentes de trânsito quanto as violências interpessoais e outras violências. A rede de Urgência e Emergência (RUE) foi reestruturada nos últimos anos com um grande investimento do setor Saúde para que tenha maior resolutividade. Há, nesse sentido, uma portaria específica da RUE incluindo o componente de vigilância e prevenção de violências e acidentes e promoção da saúde. Vale ressaltar o papel fundamental do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) na articulação envolvendo promoção, prevenção e assistência às vítimas em resposta ao trauma.

Em relação ao tabaco já foi destacado o tema da CONICQ. Porém, faz-se necessário citar a Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) de 2013 que atualiza as diretrizes do cuidado da pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Doenças Crônicas, permitindo o acesso ao tratamento das pessoas tabagistas em um número ampliado de unidades de saúde.

Em relação à alimentação saudável, há uma rede ampla que envolve desde a Rede Brasileira de Bancos de Leite, hospitais da iniciativa Amigos da Criança e toda a questão do parto humanizado, a assistência à mãe e à criança.

A ampliação e investimento nas equipes de atenção básica tem cada vez mais fortalecido o tema da promoção da saúde, os núcleos de apoio à saúde da família (NASF) atuando no território em toda a linha de produção do cuidado da prevenção, promoção e assistência.

Em relação à participação e controle social, destacam-se três ações que refletem a radicalidade do SUS com movimento social, participação social, com as Comissões Locais de Saúde, com os Conselhos Municipais, Estaduais e o Conselho Nacional de Saúde. A primeira delas refere-se ao grupo de apoio às atividades do polo da Academia da saúde formado por profissionais da Atenção Básica, representantes da sociedade civil e de outros profissionais. Esse grupo gestor tem a tarefa de definir as melhores opções e a melhor programação dentro daquele território de abrangência. A segunda está incluída no projeto Vida no Trânsito e envolve um grupo intersetorial com participação do governo e da sociedade buscando estabelecer localmente as estratégias mais adequadas para enfrentamento no tema do trânsito. E, finalmente, na Convenção do Quadro do Controle do Tabaco, no artigo 4.7 define-se que a participação da sociedade civil é fundamental para atingir o tema do controle do tabaco.

No eixo da Gestão, Regulação e Financiamento são muitos os avanços e as evidências apontam a preponderância do componente Regulação. Nesse sentido, há evidências da redução de mortes no trânsito com liderança do Brasil neste campo. A Lei Seca de 2008, reeditada em 2012 introduzindo novas provas incluindo o depoimento dos policiais, dos vídeos, aperfeiçoando a lei. Tais medidas são fundamentais para que face frente ao aumento da frota e dos óbitos no trânsito nos últimos anos. Um exemplo de boas práticas nesse campo pode ser a experiência do município de Diadema, que determinou o horário para fechamento de bares e de venda de bebidas alcóolicas, além da proibição da venda de álcool à menores. Esse é exemplo internacional de boas práticas neste campo. Sobre o tabaco, as medidas que foram produzidas nos últimos anos no que se refere às propagandas, instituição de ambientes livres de tabaco, regulação do preço mínimo, entre outras têm impactado fundamentalmente na redução da prevalência do tabaco no país. A Lei de 2011 que regula o hábito de fumar em ambientes coletivos, fixa a taxaço sobre o

cigarro em 85%, uma das maiores taxações no país, e aumenta o espaço de advertência nos maços de cigarro que hoje já ocupa um espaço frontal e uma face lateral. Em 2015, esse espaço se expandirá para 30% do maço.

Há também movimentos pela SECAN e pela SAS sobre a retomada da discussão sobre uma importante medida de regulação da publicidade de alimentos e a formação de um grupo de trabalho específico no âmbito do Comitê da Política de promoção da saúde para discussão de alternativas. Essas ações incluem a RTC24 da ANVISA, que tem efeito suspensivo e controla a propaganda infantil.

Em relação ao financiamento, vale destacar entre as diferentes linhas existentes para o SUS, aquelas que impactam diretamente na promoção da saúde. Um exemplo, sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde, é o apoio a cerca de 1.500 municípios, no período de 2005 até 2010, com um montante de 210 milhões de reais para desenvolver localmente programas de promoção da saúde. Há inúmeras outras linhas de financiamento na e inclui-se aqui a situação dos NASF. No caso do programa Academia da Saúde, há dois mecanismos de repasse: um para estrutura física, cuja meta é chegar a quatro mil unidades das quais 500 se encontram em funcionamento; e outro de custeio dos profissionais que atuam nos pólos das Academias. Pode-se afirmar que o programa Academia da Saúde é um exemplo internacional do ponto de vista da radicalidade do setor saúde assumir com compromisso a promoção da saúde, tendo como foco a promoção de atividade física mas sem perder de vistas outros temas tais como alimentação saudável, prevenção da violência, cultura da paz.

No que tange à Educação Permanente, embora se reconheça a necessidade de avançar, há iniciativas importantes sendo desenvolvidas no campo. Destacam-se os cursos à distância de Promoção da Saúde, com cinco turmas já concluídas, sendo três desde 2007 e as duas últimas em 2013 e 2014. Essas turmas tiveram como temas do curso promoção e o programa Academia da Saúde. Há também outros cursos de capacitação tais como o de licenciamento ambiental, cursos sobre tabagismo (Saber Saúde), a partir de 2012; cinco edições do curso de Impactos da Violência no Setor Saúde; iniciativas desde a

estratégia Amamenta Brasil e Alimentação Brasil; cursos sobre cantinas e escolas saudáveis, sobre educação alimentar e nutricional, além de diversos materiais que tem sido permanentemente disponibilizados.

No âmbito do eixo Vigilância, monitoramento e avaliação, na última década foi estruturada a vigilância de doenças e agravos não transmissíveis com inquéritos populacionais a cada cinco anos. Ocorreram também inquéritos em populações específicas tais como populações escolares, em portas de entrada específicos para acidentes e violências e o VIGITEL que monitora fatores de risco de doenças crônicas, anualmente, desde 2006. Citam-se também os inquéritos específicos como do tabagismo, os inquéritos antropométricos e nutricionais, o SISVAN, o VIGIAGUA, o VIDESASTRES. Nesse sentido, há uma série de dados para monitoramento das políticas. Destaque importante para a pesquisa nacional de saúde, que já se encontra com a coleta domiciliar encerrada e em fase de processamento dos exames laboratoriais, permitindo que se tenha nos próximos meses resultados em relação a estilos de vida. É inegável que essa pesquisa renovará o modo de mapear os condicionantes e determinantes nas condições de saúde da população com possibilidade de análises em relação às desigualdades no território.

Ainda em relação ao VIGITEL, alguns dados merecem destaque no balanço da promoção da saúde. Sabe-se da urgência de intervenção em relação ao excesso de peso e obesidade no país por seu crescimento contínuo. O excesso de peso cresce desde 2006 a 1.4 pontos percentuais ao ano. Contudo, um dado importante neste campo é a constatação de que entre 2012-2013, a curva do excesso de peso no Brasil não apresentou crescimento, nem em homens nem em mulheres. O mesmo comportamento foi observado para a obesidade, fato inédito no mundo. Acrescenta-se o crescimento do consumo de frutas, verduras e hortaliças no país, em ambos os sexos, e de forma estatisticamente significativa. Houve também o crescimento do nível da prática da atividade física em adultos homens e mulheres, indicando melhorias na qualidade de vida e impactos das intervenções realizadas.

Reforça-se, aqui, com os dados que se seguem, o sucesso da política de enfrentamento do tabaco no país, uma vez que havia na década de 1990, 36%

da população tabagista; em 2006 esse índice cai para 15.7% e atinge 11.3%, atualmente. Há um destaque nesses resultados para a queda do tabagismo entre as mulheres cujo índice se encontrava estagnado nas avaliações anteriores.

No eixo da disseminação do conhecimento, há a disponibilização de publicações e instrumentos para facilitar e apoiar municípios e profissionais de saúde nas ações de promoção da saúde. Como exemplo, pode-se citar as inúmeras publicações das áreas técnicas do Ministério da Saúde. Há também uma assessoria de comunicação atuante, buscando difundir as pesquisas, tais como os resultados do VIGITEL, os dados da PNAD, entre outras. Esse processo se torna uma forma de comunicação com a sociedade, de maneira acessível. Ainda em relação à comunicação, há esforços e parcerias envolvendo outros Ministérios e parceiros, embora não se tenha uma linha de financiamento específica neste eixo. A ausência do financiamento é superada com a atuação em parceria e com a mídia espontânea em um processo de comunicação permanente. Entre as parcerias, cita-se o exemplo da atuação, no caso do Trânsito, do Ministério das Cidades divulgando álcool e direção e outros temas fundamentais.

Campanhas também compõem as ações nesse eixo, tal como a de combate ao fumo, a de estímulo ao consumo de frutas, legumes e hortaliças, envolvendo o CEASA, a de consumo de peixes com atuação do Ministério da Pesca; a campanha “O Futuro promete, eu quero chegar” lá com divulgação da Associação Brasileira de Agências de Publicidade (ABAP), a parceria com artistas, tal como o artista plástico o Siron Franco na exposição Ver o Peso que disponibilizou telas com o tema da obesidade; o projeto 11 pela Saúde, em parceria com a FIFA, que mobilizou nas 11 cidades sede do Brasil, 11 temas da promoção da saúde envolvendo as crianças; o Salve Saúde, uma campanha com a Associação Brasileira de Supermercados (ABRAS) para redução do consumo do sal, nos supermercados. As inúmeras campanhas envolvem os estados e municípios em ações de comunicação social.

O Balanço representa uma retrospectiva dos 8 anos da Política Nacional de Promoção da Saúde.

DEBATE - BALANÇO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.

Carlos Alberto Duarte – Representante do Conselho Nacional de Saúde.

Apesar da Política de promoção da saúde contabilizar oito anos, com histórico da sua discussão desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, ainda há muitos desafios que precisam ser superados entre os quais a mudança de paradigma sobre a concepção de saúde no Brasil. Nessa mudança é preciso superar o fato de que quando se trata da saúde, ainda há muita ligação com o processo doença, de entender o enfrentamento das questões de saúde a partir da doença e não com o processo saúde em si.

O SUS vem promovendo uma mudança de paradigma, mas de fato, a sociedade ainda não conseguiu avançar nessa mudança em parte porque pouco se trabalha com a educação em saúde. Como exemplo, pode-se citar as ações de combate ao tabagismo que dependem da educação e da informação em relação aos problemas do tabagismo associado ao enfrentamento e proibição das propagandas. Na mesma direção, podemos citar as questões relacionadas ao consumo de álcool cujo o enfrentamento não se deu na mesma medida do que foi alcançado com o tabaco.

Para se fazer promoção da saúde há que se estabelecer o enfrentamento das questões econômicas tais como as ações contra propaganda do álcool e do tabaco. Neste sentido, há uma contradição expressa neste momento de Copa do Mundo quando se pretende promover a saúde, mas, ao mesmo tempo, há uma série de incentivos ao consumo de bebidas alcoólicas. Com isso, pergunta-se como fazer a promoção da saúde e da não violência? Não basta determinar o horário de encerramento de bares, mas há que se dar condições para que as pessoas façam escolhas, não só a partir da proibição. A promoção da saúde depende do entendimento da saúde pelas pessoas, daquilo que faz bem ou mal à saúde. Neste campo, também pode-se discutir a segurança alimentar, que se contrapõe aos alimentos industrializados e *fast food*, alvo de

intensa propaganda. Assim, o combate à obesidade é também alvo de enfrentamentos econômicos, bem como o meio ambiente, o uso de agrotóxicos, o avanço do agronegócio.

No tema da exploração sexual infantil e de outras questões de orientação e educação sexual, bem como da prevenção do HIV/AIDS há uma série de desafios para fazer chegar as informações, sobretudo na escola, do respeito à diversidade, princípio da promoção da saúde. Isso se deve à trajetória da problemática no campo, cercada por atitudes de preconceito e discriminação.

A mudança de pensamento a favor da promoção da saúde deve acontecer cotidianamente em todos os locais. Nesse processo, a alteração dos fatores determinantes e condicionantes, base da discussão da Saúde no SUS, precisa ser tomada. Assim, o cidadão precisa ter opções entre um bar e uma ciclovia ou uma academia da saúde, ou algo que possa estimular hábitos saudáveis de vida. Os espaços da cidade precisam ser favoráveis aos enfrentamentos, por exemplo, contra o estresse do trabalho que tende a direcionar as pessoas à fuga ou relaxamento encontrado muitas vezes no álcool e em outras bebidas. Essa é a perspectiva dos condicionantes da saúde. Para operá-la é preciso a mudança de pensamento, a avaliação das ações já desenvolvidas, o financiamento.

O Conselho Nacional de Saúde tem discutido pautas afins à promoção da saúde. Entre elas, há a provocação sobre a Saúde do Trabalhador com discussões, na Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, nas Conferências Macrorregionais para reverter o foco da doença do trabalho para a saúde no trabalho. Assim, o objeto passa a ser a ampliação das condições de saúde no trabalho para além do olhar restrito às questões de segurança no trabalho e proteção individual. Nesse sentido, uma questão em debate é “Como o ambiente de trabalho influi na saúde mental do trabalhador e como esse trabalhador afetado pela questão de saúde mental “se permite” o descuido na proteção individual?”. Em geral, essa questão é colocada como um erro do trabalhador e não do sistema que o cerca. Neste campo, são discutidas as temáticas do assédio, da produtividade, que afetam a saúde. Vale ressaltar que na atualidade a sociedade do trabalho impõe um ritmo alucinante ao

trabalhador que afeta a cada um de nós. Por exemplo, a tecnologia de informação acessível 24 horas pelo celular com mensagens de trabalho tem implicações na saúde. Essas são questões pautadas nas conferências que começam a mobilizar as pessoas para um novo olhar.

Recentemente foi realizado um Seminário de Saúde do Trabalhador, preparatório para a Conferência de Saúde do Trabalhador e que discutiu o mundo do trabalho e a perspectiva da relação saúde e trabalho nos 7 sistemas produtivos brasileiros. Um dos aspectos de destaque nesse seminário foi o assédio em relação às questões de gênero, identidade de gênero, diversidade sexual no trabalho e o impacto sobre a saúde.

Ressalta-se que a garantia do direito à saúde é clara no aspecto normativo, contudo há desafios para sua operacionalização. Esse é também um tema atinente à promoção da saúde e deve ser tomado na mudança de paradigma na nossa sociedade, a partir da educação e da informação construindo um novo imaginário social.

Alessandra Schneider – Assessora técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

À princípio, é importante citar que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde promoveu o 3º Seminário CONASS Debate que abordou o predomínio das doenças crônicas e a necessidade de modernização nos sistemas de saúde, frente à crise instalada nos setores públicos e privados de saúde em todo mundo. Essa crise é resultante da associação de um processo de transição - demográfica marcada pelo envelhecimento da população e a queda da taxa de fecundidade; tecnológica com a disponibilização crescente de tecnologias cujo alto volume supera a capacidade de aplicá-las de forma racional; epidemiológica, representada pelo aumento acelerado das doenças crônicas, acidentes e violências sendo essas o 3º maior fator de mortalidade no país e nutricional com elevados índices de sobrepeso ou obesidade. Neste cenário fazem-se necessárias mudanças rápidas e estruturantes no modelo de atenção para que ele seja coerente com a conjuntura de saúde predominante no país. Com isso atenção primária em saúde tem um lugar fundamental como ordenadora do cuidado, reconhecida há décadas e porta de entrada do sistema. A promoção da saúde é um elemento indispensável para a qualificação desse nível de atenção.

No Brasil até metade do século passado, de 40% a 45% das mortes eram causadas por doenças infecciosas. Atualmente esse número é de 4%. Isso significa que o modelo de atenção implantado quando imperavam as doenças infecciosas foi bem sucedido. Contudo, esse modelo não responde adequadamente e não acompanha a velocidade das transições em curso, ocasionando um descompasso entre as condições de saúde das populações e a capacidade de enfrentamento dessas situações pelos respectivos sistemas de saúde. No Brasil, essa situação é agravada pela tripla carga de doenças caracterizada pela predominância das doenças crônicas, a presença ainda frequente de doenças infecciosas e as causas externas crescentes representadas especialmente por acidentes e violências. Como resolver essa

crise? Com a introdução e o fortalecimento de práticas mais coletivas, contínuas e interdisciplinares como o autocuidado apoiado e o cuidado compartilhado, nos quais uma equipe multiprofissional de saúde incentiva e ajuda ao paciente a promover e qualificar o cuidado consigo mesmo.

As ações de promoção da saúde ilustram a perspectiva de práticas coletivas, de autocuidado, de empoderamento do próprio cidadão. Várias evidências apontam que quando esse modelo é aplicado há um melhor enfrentamento, sobretudo das doenças crônicas.

É importante mencionar na retomada histórica da promoção da saúde, o Relatório Lalonde publicado em 1974 pelo Ministério de Saúde do Canadá com um conceito ampliado de saúde que envolve a biologia humana, o ambiente, os serviços de saúde e uma referencia importante sobre os estilos de vida. Essa realidade vivenciada na década de 70 no Canadá, ocorre atualmente no nosso país. É aparente que vastas somas de recursos estão sendo gastas com doenças que poderiam ser prevenidas. De fato, alternativas sistêmicas passam a ser buscadas como a promoção da saúde principalmente na atenção primária. Uma outra referência de destaque no campo é a Carta de Ottawa instituída na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em 1986. Neste documento define-se Promoção da Saúde como um processo de capacitação da comunidade de atuar na melhoria de vida e de saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo e a saúde vista como um conceito positivo, um recurso para a vida que enfatiza as potencialidades sociais e pessoais bem como as capacidades físicas. Pode-se avaliar que a Política Nacional de Promoção da Saúde publicada em 2006 foi concebida alinhada a esses marcos internacionais.

Os avanços necessários no campo da promoção da saúde partem do reconhecimento de que as condições sociais de vida são a base do padrão sanitário de uma nação, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é um determinante fundamental da sua saúde e qualidade de vida. Assim, o padrão das relações sociais tem uma inquestionável determinação sobre a Saúde e, com esse entendimento, políticas e programas que visem elevar a condição social e a qualidade de vida de um povo são essenciais para o

incremento da Saúde. Um exemplo importante nesse sentido são as condicionalidades de saúde e de educação previstas no Programa Bolsa Família, que abrem uma enorme janela de oportunidades de promover, a partir das ações do Programa, educação, saúde, cidadania, autonomia das famílias mais vulneráveis que recebem transferências de renda. Contudo é preciso qualificar os processos de articulação intersetorial, sobretudo em âmbito local e municipal e os processos de monitoramento e avaliação das políticas.

Destaca-se a importância da formação inicial e continuada de recursos humanos para qualificar as ações de promoção da saúde. Tomando como referencia ainda o 3º Seminário do CONASS, foi possível constatar que menos de 2% dos médicos no Brasil são médicos de família e que esse número pode representar um desafio para a promoção da saúde, ainda que essas ações não sejam centradas apenas na figura do médico.

Destacam-se também o programa Academia da saúde como uma experiência muito bem sucedida; a oportunidade estratégica do programa Saúde na Escola pela sua capilaridade e abrangência de chegar aos educandos desde a educação infantil até os educandos da educação básica de um modo geral. Entretanto, é importante garantir esforços no sentido de qualificar os sistemas de monitoramento e a intervenção do programa na estruturação do currículo e dos Projetos Político Pedagógicos a favor da promoção da saúde.

Destacam-se, ainda, a importância e o sucesso das medidas regulatórias, no caso do controle e da diminuição do tabagismo, o caso de Diadema em relação às bebidas alcoólicas e o explícito apelo à necessidade de que a regulação da publicidade de alimentos seja encaminhada pelos diversos setores envolvidos. Isso porque é fundamental ampliar a consciência pública sobre alimentação saudável e argumentar que são necessários mais recursos para a efetivação da mudança de modelo e fortalecimento da promoção da saúde.

Denise Rinehart – Assessora Técnica do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

A Política de Promoção da Saúde é apaixonante porque traz em si um desejo de mudar: mudar a forma como as cidades estão construídas, mudar a nossa sociedade, mudar as relações de poder. Espera-se que essas mudanças melhorem a vida.

A Política está colocada e o desafio é pensar como inovar, o que melhorar, onde precisa fortalecer. Nesse sentido, há dois aspectos que merecem destaque: a equidade e a regulação.

Regulação vai além da questão da intersectorialidade bastante discutida. Precisa-se discutir a proibição de alguns aspectos pelo Estado. Pressupõe a necessidade de discutir como o estado e a sociedade civil organizada por meio de Conselhos, Conferências, de ouvidorias e de outros espaços de representação que intervêm no campo de controle. Há avanços que devem ser reconhecidos como no caso do tabaco e sal na alimentação. Contudo, há acordos que precisam ser cumpridos. Nesse sentido, a PNPS precisa ter explícita os enfrentamentos a serem realizados como na questão do álcool, tabaco, indústria alimentícia. Essa discussão precisa acontecer nas escolas, ambientes de trabalho, nos espaços das cidades como oportunidade de criar hábitos saudáveis. Essa discussão precisa acontecer para naturalizar os espaços saudáveis.

O foco da regulação tem sido sobre a proibição, aspecto que outros países já avançaram. Uma política, como a de promoção da saúde deve alertar para situações de consciência sobre o consumo. Vale destacar também a necessidade de discutir o financiamento, para além dos programas prioritários no campo da promoção da saúde, tais como a construção de Academias e Programa Saúde na Escola.

No que tange à equidade, é preciso perceber que as políticas públicas não chegam naturalmente aos mais pobres, não chegam naturalmente nos locais de maior violência, sendo necessário um olhar atento à equidade e à

vocalização da população. Esses aspectos precisam ser explicitados nas discussões. Deve-se incluir também a discussão sobre a reforma política, na perspectiva de se manter inconformado e crítico quanto ao financiamento das campanhas políticas de indústrias desfavoráveis à saúde. Assim, é preciso estar claro que tipo de enfrentamento vai se fazer deste dispositivo em especial por se tratar da Política Nacional de Promoção da saúde cujo objetivo é promover a equidade.

MESA REDONDA - DEVOLUTIVAS DO PROCESSO DE REVISÃO DA PNPS

Moderador: Marco Akerman

A apresentação na Mesa foi organizada para demonstrar o produto do trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da Política, o GT da ABRASCO e a OPAS no processo de repensar, refletir e avançar a política.

Foram múltiplos movimentos simultâneos desenvolvidos para olhar para a política e perceber onde era necessário aperfeiçoar e aprimorar.

RESULTADOS FORMSUS

Veruska Prado Alexandre– Faculdade de nutrição da Universidade Federal de Goiás, membro do GT ABRASCO

O FORMSUS teve como foco principal os gestores do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos estados e dos municípios e ficou aberto no link do Ministério da Saúde. O Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde também disponibilizaram o link em suas páginas para os profissionais da saúde, representantes de movimentos sociais, universidades e outros atores. O instrumento foi constituído por um questionário acolhido pelo domínio do Ministério da Saúde, auto preenchível com 50 questões das quais a maioria era fechadas e as perguntas abertas tinham um limite de oitenta caracteres para resposta.

Em relação ao perfil geral dos respondentes, o maior número foi de representantes das Secretarias estaduais e municipais de saúde e do Ministério. Do total de 1.545 pessoas respondentes, 72% são vinculados a esses três órgãos. O segundo maior grupo de respondentes foi de trabalhadores da saúde. A maioria dos respondentes é do sexo feminino, entre 30 e 39 anos, 67% com pós-graduação, residentes na região Sudeste do país,

seguidas das regiões nordeste e centro-oeste. 90,7% dos respondentes afirmaram conhecer a Política Nacional de Promoção da Saúde.

O formulário foi estruturado com 51 questões. Uma delas se referia ao objetivo geral da PNPS e buscava avaliar se esse objetivo responde às demandas atuais da área. 75% das respondentes afirmaram que sim. Entre os 25% que afirmaram que o objetivo geral da PNPS não responde às demandas atuais pontuaram que faltava no objetivo a questão dos determinantes sociais, a equidade, a gestão e planejamento, a valorização dos trabalhadores e educação permanente, entre outros.

Os objetivos específicos, as diretrizes, as ações específicas e os eixos operacionais foram avaliados considerando cinco alternativas: 1) **Essencial** – tem que ser incluído, obrigatoriamente; 2) **Muito importante** – seria bom incluir; 3) Considero um tópico interessante, mas se tiver que cortar alguma coisa, esse **poderia ser excluído**; 4) **Não incluiria** nessa política, mas pensaria em outras políticas sobre o tema; 5) **Discordo** – não vejo a menor necessidade de incluir esse tópico. Para as análises, as respostas dadas às alternativas essencial e muito importante foram agrupadas, bem como Não incluiria e discordo.

Os resultados indicam que a maioria dos respondentes considerou que os objetivos presentes na política de 2006 são essenciais ou muito importantes e devem ser mantidos. O objetivo que teve a menor porcentagem da resposta neste quesito foi aquele que trata da ampliação dos processos de integração e busca da cooperação e da solidariedade. A Tabela 1 apresenta esses resultados.

Tabela 1 – Objetivos específicos segundo o FORMSUS

Objetivos específicos	Avaliação (n=1162)		
	Essencial/ Muito importante	Pode ser excluído	Não incluiria/ Discordo
“Incorporar e implementar ações de PS ² , com ênfase na atenção básica” ³	97,2%	2,0%	0,8%
“Ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades...”	95,2%	3,2%	1,6%
“Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde ...”	92,9%	6,0%	1,0%
“Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, ...”	94,2%	4,6%	1,3%
“Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/...”	88,5%	10,0%	1,5%
“Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde ...”	90,2%	8,2%	1,6%
“Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes”	89,0%	7,3%	3,7%
“Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas ...”	88,8%	7,9%	3,3%
Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade...”	83,0%	14,2%	2,8%
“Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde.”	95,2%	2,8%	2,0%
“Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento...”	87,5%	7,0%	5,5%
“Valorizar e ampliar a cooperação do setor Saúde com outras áreas de governos,...”	92,9%	5,8%	1,3%

Quando perguntados se existe algum ponto que esteja ausente nos objetivos específicos da PNPS, 17% dos respondentes afirmaram positivamente indicando a intra e intersectorialidade, o desenvolvimento sustentável; a formação, qualificação e educação permanente; a gestão e planejamento e o financiamento, entre outros.

Com relação às diretrizes, os respondentes consideraram que as seis diretrizes da política de 2006 são essenciais e devem ser mantidas. Destaca-se que a diretriz que teve uma menor porcentagem de afirmação como essencial ou fundamental é aquela que trata de promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersectoriais. A Tabela 2 demonstra esses resultados.

Quando perguntados se existe algum aspecto ausente nas diretrizes, 15% dos respondentes afirmaram positivamente e apontaram, entre outras, a necessidade de inclusão de aspectos referentes à gestão e planejamento, territorialização, monitoramento e avaliação, co-responsabilização, sustentabilidade das ações, financiamento e construção de planos para tornar mais concreta a política.

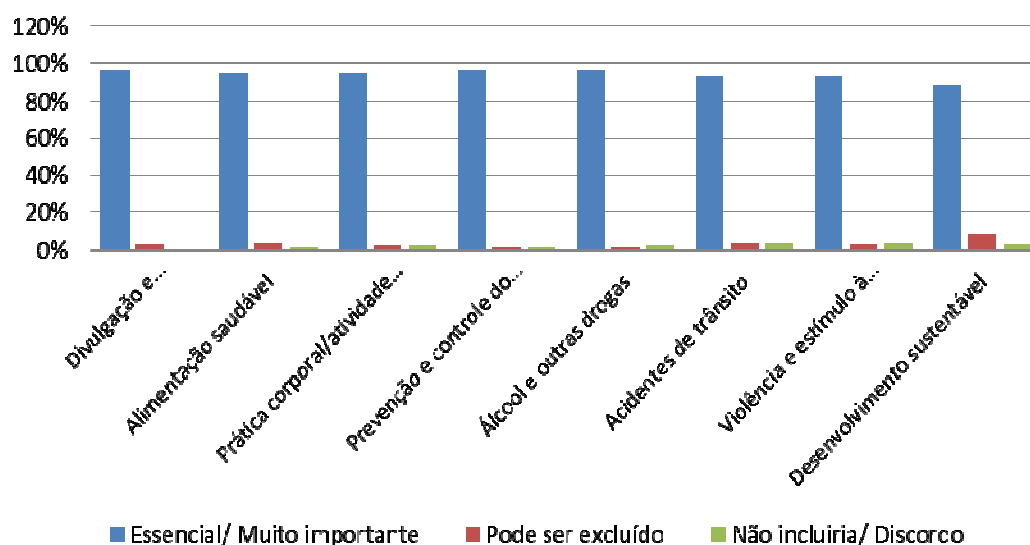
Tabela 2 – Diretrizes segundo o FORMSUS

Diretrizes	REspostas (n=1103)		
	Essencial/ Muito importante	Pode ser excluído	Não incluiria/ Discordo
“Reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da EQUIDADE , da melhoria da qualidade de vida e de saúde.” ¹	95,3%	3,9%	0,8%
“Estimular as AÇÕES INTERSETORIAIS , buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de PS.”	96,8%	2,8%	0,4%
“Fortalecer a PARTICIPAÇÃO SOCIAL como fundamental na consecução de resultados de PS, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário”	94,4%	4,5%	1,1%
“Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de PRÁTICAS HORIZONTAIS de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais.”	86,5%	11,1%	2,4%

“Incentivar a PESQUISA em PS, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas.”	94,7%	4,7%	0,6%
“ DIVULGAR E INFORMAR das iniciativas voltadas para a PS para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.”	94,7%	4,5%	0,8%

Com relação às ações específicas, a maioria dos respondentes considerou que as ações existentes são essenciais e devem ser mantidas, conforme indicado no Gráfico 1. Quando questionados com relação a ausência de algum aspecto nas ações específicas, 18% responderam positivamente indicando cultura da paz, desenvolvimento sustentável e ações para grupos específicos.

Gráfico 1 – Ações específicas segundo o FORMSUS



Os eixos operacionais propostos pelo Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde foram submetidos à consulta e os resultados indicam que o eixo de gestão e financiamento foi o que obteve maior percentual de concordância quanto ao seu aspecto essencial ou muito importante, seguido de

Articulação intersetorial, Promoção da saúde nas redes de atenção a saúde e Vigilância, avaliação e monitoramento, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Eixos operacionais segundo o FORMSUS

Eixos operacionais	Avaliação (n=1033)		
	Essencial/ Muito importante	Pode ser excluído	Não incluiria/ Discordo
Vigilância, avaliação e monitoramento	96,5%	1,8%	1,7%
Articulação intersetorial	96,9%	2,6%	0,5%
Regulação e controle	90,5%	6,4%	3,1%
Gestão e financiamento	97,2%	1,7%	1,1%
Participação e controle social	96,0%	3,1%	0,9%
Modos de vida saudável nos espaços coletivos	93,2%	5,4%	1,4%
Promoção da saúde nas redes de atenção a saúde	96,5%	2,7%	0,8%
Educação em saúde/ autocuidado	95,3%	3,7%	1,1%
Qualificação da força de trabalho	94%	4,3%	1,7%
Comunicação e mídia	89,1%	9,2%	1,7%
Pesquisa e inovação tecnológica	91,6	7,2%	1,2%

10,8% dos respondentes afirmaram que nos eixos operacionais haviam ausências referentes à cogestão, corresponsabilização, territorialização,

humanização, saúde de grupos específicos, reforço da ação comunitária e a participação social.

Há exemplos de frases que retratam a perspectiva dos respondentes quanto aos aspectos que devem ser revistos na nova PNPS: “Acho que a política de Promoção da Saúde atual ainda é bastante vulnerável e com muito pouco recurso para os investimentos ainda tão necessários de se fazerem em prol da saúde dos usuários do SUS” e “Fortalecer a luta pela eliminação de toda e qualquer tipo de discriminação, seja de origem étnico, racial, religiosa, por orientação sexual, porte de necessidade especial, deficiência ou outra situação”.

RESULTADOS DELPHI INTERSETORIAL

Simone Tetu Moysés – GT de Promoção da Saúde da ABRASCO.

O DELPHI intersetorial foi pensado como uma estratégia, dentre as diferentes abordagens e consultas, para captar a perspectiva de participantes que estão fora do setor saúde no repensar da Política. O processo foi construído com o objetivo de construir consenso em relação às contribuições de especialistas vinculados á instituições fora do setor saúde, tais como movimentos sociais, ONGs e organizações comunitárias envolvidas com ações intersetoriais de promoção da saúde. Para compor o grupo de respondentes foram selecionadas pessoas a partir dos contatos do Ministério da Saúde e da Coordenação Geral, participantes listados em eventos nacionais ligados ao tema da intersectorialidade, o GT Pró Rede e Promoção da Saúde e Desenvolvimento local, integrado e sustentável da ABRASCO, pessoas vinculadas a outras agendas intersectoriais como, por exemplo, a Agenda 21. Além disso, foi incluído um grupo selecionado a partir de uma reunião do secretariado de governo.

Foi disponibilizado um instrumento na plataforma web em duas rodadas de questões para promover um consenso entre os participantes. Dos 145

convidados, as respostas foram relativamente baixas com 32 respondentes na primeira rodada e 12 respondentes na segunda rodada.

As respostas foram advindas de pessoas ligadas à Secretaria Geral da Presidência da República, Ministério das Cidades, Educação, Secretarias estaduais e municipais, ONGs, Serviço Social da Indústria, pessoas ligadas às universidades de diferentes áreas.

A partir de uma matriz de análise construída no processo de revisão, caracterizaram-se dimensões a partir das respostas dos grupos. Em relação a conceitos de promoção da saúde, foi possível perceber que o grupo consensou o fortalecimento na relação entre promoção da saúde com desenvolvimento sustentável e o protagonismo social, reforçaram a necessidade de atuação sobre os determinantes sociais da saúde, caracterizaram a integralidade como valor da promoção da saúde. Para alguns respondentes foi destacada a importância de diferenciar promoção da saúde e atenção à saúde e manifestaram que o modelo da política de promoção da saúde estratificado por pautas (temas) não atende demandas complexas, indicando a necessidade de um novo modelo norteador de práticas.

Em relação aos princípios, foram priorizados por esse grupo: capacitação profissional, qualificação dos trabalhadores e educação permanente; controle social e participação social; intersetorialidade; avaliação e monitoramento; sustentabilidade e efetividade dos serviços.

Em relação aos objetivos, as perguntas aos participantes foram direcionadas no sentido de analisarem os objetivos existentes e apontarem, caso necessário, outros aspectos que pudessem ser incluídos. Houve um consenso da importância de se manter itens sobre autonomia e corresponsabilidade, preservação do meio ambiente, construção de ambientes seguros e saudáveis, elaboração e implementação de políticas integradas, valorização da ampliação da cooperação do setor saúde com outras áreas de governo. Foi indicada a inclusão nos objetivos de aspectos relacionados a formação multiprofissional, promoção, empoderamento local com reforço de modos de produção solidários e sustentáveis, atuação sobre dimensões da qualidade de vida com uma

relação entre espiritualidade e saúde, monitoramento e avaliação de impacto e valorização do saber popular.

Em relação às diretrizes, houve consenso para manutenção de três diretrizes: reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde; estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde; fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário. Houve ainda a proposta de inclusão de diretrizes ligadas à promoção de experiências territorializadas de desenvolvimento sustentável e saúde, fortalecer o movimento de municípios e cidades saudáveis a partir das políticas públicas do SUS.

Em relação aos temas prioritários, houve consenso da manutenção dos temas prática corporal e atividade física, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz e promoção ao desenvolvimento saudável. Houve, ainda, sugestão da inclusão de novos temas como desenvolvimento de ambientes urbanos saudáveis, saúde mental, espiritualidade, respeito à diversidade, práticas integrativas e complementares e uma discussão sobre saúde social, convívio, lazer e cultura. Ainda, vale destacar a indicação de inclusão da cultura local e sustentabilidade como um tema central para desenvolvimento de estratégias, identificação de problemas e potencialidades nos territórios e a promoção da saúde ambiental e habitação saudável.

Em relação às estratégias, os respondentes do DELPHI intersetorial indicam possíveis estratégias de implementação de ações ligadas à promoção da saúde a serem incluídas na política. Entre essas estratégias, citam-se a identificação de problemas nos territórios, a ação intersetorial nos territórios, a ampliação da eficiência e participação nas ações de promoção de saúde, a ampliação do acesso à informação e capacitação dos gestores de políticas públicas em promoção de saúde.

No que se refere aos eixos operacionais ou operativos, houve consenso na manutenção de quatro eixos: articulação, gestão, participação e controle em

ambientes promotores e a inclusão de eixos que contemplem agendas territorializadas; diálogo com outras políticas sociais de equidade tais como as de movimentos sociais, referentes a diversidade sexual, população de rua, entre outras; trabalho em rede no território e a formação de trabalhadores de saúde. Vale destacar que a capacitação em promoção de saúde para atores do setor saúde quanto atores fora do setor saúde é indicada como um eixo operacional. Há sugestões também de rever o eixo sobre comunicação e mídia, focando na geração e difusão de conhecimentos, bem como a formulação de leis específicas para construção de espaços urbanos saudáveis.

Os respondentes fizeram recomendações para a nova política, dentre as quais destacam-se: trabalhar com temas transversais em substituição a temas específicos, uma vez que essa mudança proporcionaria a ampliação do reconhecimento de pessoas que estão fora do setor saúde com temas de promoção da saúde e com sua priorização; ampliação de eventos e material de apoio para mobilização; divulgação de boas práticas; comunicação permanente sobre promoção de saúde nos espaços sociais; aceleração de implantação de políticas específicas reconhecidas como essenciais no campo da promoção da saúde tais como a política de resíduos sólidos e saneamento básico; discussão da promoção da saúde na revisão dos planos diretores municipais; capilarização e articulação intersetorial; aproximação com ações de promoção de saúde com culturas populares, iniciativas comunitárias, organizações e movimentos sociais.

Há ainda indicações de fortalecimento do programa Saúde Escola com ampliação das suas diretrizes; busca de parcerias para intervenções sustentáveis nos municípios; integração efetiva com setores que tratam do campo do planejamento e da gestão territorial; implementar e incrementar ações de monitoramento e avaliação, além da expressão de que a política de promoção da saúde deveria ser interministerial com a criação de um comitê gestor da política, com participação dos movimentos sociais. Essas manifestações podem indicar a expectativa dos respondentes num movimento de participação mais direta na tomada de decisão em relação às questões da política.

RESULTADOS DO DELPHI UNIVERSIDADES E INTRASETORIAL

Márcia Faria Westphal – GT de Promoção da Saúde da ABRASCO; Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A apresentação retrata os resultados de dois processos DELPHI: um conduzido com representantes de universidades e outro conduzido com um grupo intrasetorial, com representantes do Ministério da Saúde. O objetivo dos dois processos foi construir um conceito sobre as contribuições das instituições de ensino superior e os representantes do Ministério da Saúde para a revisão da PNPS. Os objetivos específicos foram identificar as percepções dos especialistas em promoção da saúde de universidade brasileiras e de representantes do Ministério sobre a PNPS em vigência – seus objetivos, diretrizes, ações específicas e eixos operacionais; identificar consensos e dissensos entre as percepções explicitadas; e elaborar sugestões coletivas para a construção/reconstrução de objetivos, diretrizes e ações específicas, inovadoras e socialmente inclusivas no âmbito das ações de promoção da saúde.

O DELPHI consiste em uma consulta á distância de especialistas que não tem comunicação face a face entre si, sobre um determinado assunto através de um questionário que é repassado continuadas vezes, de modo que possam reconsiderar suas respostas, com o auxílio da informação recebida dos demais especialistas, até se obter uma convergência das respostas, representando uma consolidação da opinião do grupo (Yañez Gallardo e Cuadra Olmos, 2008). Considerando as facilidades da comunicação remota via internet, optou-se pelo uso de uma plataforma web que foi sediada na Faculdade de Saúde Pública da USP.

Os participantes do DELPHI das Universidades foram definidos a partir dos dados dos grupos de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Os critérios de inclusão utilizados foram: ser coordenador de um grupo ligado a uma instituição de ensino superior (IES)

brasileira em dezembro de 2013; ter a promoção da saúde como objeto principal de estudo do grupo de pesquisa; ter o grupo de pesquisa atualizado nos últimos 12 meses e certificado pela instituição. A pessoa convidada deveria ainda aceitar participar da pesquisa. Como critérios de exclusão foram definidos: ser coordenador de grupo de pesquisa que têm como objeto de estudo a promoção da saúde, mas que não estão ligados a IES brasileira ou que não tem produção científica e/ou não tem alunos de pós-graduação.

Para compor o grupo intrasetorial, foram convidadas pessoas ligadas à política de promoção da saúde. Os critérios de inclusão foram: ser representante de setores do Ministério da Saúde relacionados à promoção da saúde, incluindo-se representantes do Comitê Gestor da PNPS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, da mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde e outros designados pela equipe da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS). Como critério de exclusão foi adotado o fato da pessoa não poder ou não querer atender ao convite para participação.

Os participantes assinaram eletronicamente o termo de consentimento livre esclarecido e responderam a um questionário estruturado com questões similares às do FORMSUS, porém com espaço para os respondentes dissertarem sobre sua resposta.

O resultado do grupo Universidades é representativo de todas as regiões do país. Para esse grupo, os questionários foram disponibilizados no período de 10 a 24 de fevereiro de 2014, na primeira rodada, e entre 15 a 25 de abril de 2014 na segunda rodada. Dos 158 convites emitidos, 59 participantes responderam na primeira rodada e 19 na segunda rodada. No grupo intrasetorial, a primeira rodada ocorreu entre 21 de fevereiro e 23 de março de 2014 com 39 respondentes (37%) dos 105 convidados; e a segunda rodada ocorreu entre 22 e 28 de abril de 2014, com 12 respondentes.

Os resultados estão apresentados por categoria em comparação com os dois grupos. No que se refere ao conceito de promoção da saúde, o grupo Universidades expressa uma visão da promoção da saúde como um processo participativo e intersetorial, emancipatório, humanizado e promotor da

equidade. Entre as atividades de promoção da saúde citadas pelo grupo ressaltam-se aquelas vinculadas a políticas sociais e intersetoriais, ações educativas, práticas de saúde em geral. A ênfase do conceito para o grupo foi nos determinantes sociais da saúde, na relação saúde, ambiente, desenvolvimento sustentável, e sugeriram o uso de tecnologias leves para efetivar a promoção da saúde, dado que é uma questão de processo. Os resultados que eles esperam desse processo seria empoderamento, autonomia e a construção da equidade.

No grupo intrasetorial, as respostas se aproximam do grupo das Universidades com a expressão do conceito de promoção da saúde como um processo social e político orientado para a justiça social, equidade, transformação dos indivíduos em sujeitos conscientes da produção de sua saúde e regulação para que o trabalho possa ter estratégia populacional. Destaca-se que a ênfase também recai nas ações sobre os determinantes sociais da saúde, incluindo-se, neste contexto, atividades ligadas às políticas sociais e intersetoriais. Vale ressaltar que, para um quarto dos respondentes, a promoção da saúde se aproxima da prevenção com atividades de mudança de comportamento e formação de hábitos saudáveis.

Em relação aos princípios e valores, nos dois grupos de respondentes houve predominância da compreensão de que empoderamento, controle social, autonomia, integralidade e equidade, são princípios importantes na política. No grupo intrasetorial houve relatos de que na PNPS atual, valores, diretrizes e objetivos se confundem. Referem que questões como sustentabilidade, justiça social, participação social são fundamentos do próprio SUS e deve perpassar todas as políticas públicas. A análise dos resultados desta categoria permitiu compreender que não houve uma completa coerência entre o conceito formulado pelos participantes e os princípios e valores expressos. Alguns respondentes também manifestaram, nos objetivos, formas de operacionalização. Cita-se o exemplo da vigilância como um princípio, um valor, assim como o controle social.

Em relação ao objetivo geral, maioria dos respondentes (57,9%) concordou com a sua formulação. Um percentual de 42,1% discordou do conteúdo e

redação do objetivo, conforme está formulado na PNPS e propuseram sugestões de mudança na redação. O mesmo se aplica aos objetivos específicos. Neste último, é importante destacar que alguns respondentes manifestaram a preocupação de que o desafio para a política é atingir os objetivos específicos devido a falta de apoio político, uma vez que estes representam os "nós críticos" que interferem na promoção da saúde tais como: renda, trabalho, moradia; educação, conscientização, inclusão social, participação e empoderamento. Mencionaram ainda o financiamento restrito para as ações de PS restritos e ínfimos em relação às necessidades atuais do país.

Em relação às diretrizes, os respondentes fizeram sugestões de nova redação e críticas gerais. No que se refere às ações específicas, houve consensos e dissensos. No grupo das Universidades, houve consenso de que as ações específicas não devem ser incluídas no documento da política, como comentários tais como "Penso que em tais ações deveria constar em um documento que seria um desdobramento da política em um Plano Nacional de Promoção da Saúde"; "O plano deveria ser desdobrado em planos estaduais e municipais a exemplo do que já acontece com as políticas de habitação, saneamento."

No grupo intrasetorial, o dissenso foi menor: 90% dos respondentes afirmaram que deveria se manter as ações na íntegra como estão e 10% sugeriram modificar ou manifestaram dúvida a respeito de incluir na nova proposta de política. Alguns comentários a esse respeito foram: "A política deve provocar ações específicas, mas não necessita listá-las."; "pode apontar para temas gerais onde cada ente federado pode se debruçar e construir seus planos locais, contemplando as especificidades loco regionais"; "Não sei se as ações específicas devem compor o texto da nova portaria. Podem ser incluídas em outro documento secundário"; "Preocupo-me um pouco com o detalhamento exaustivo de uma política, é como tivéssemos falando a mesma coisa mais de uma vez e de formar diferentes. Por exemplo: se eu ratifico a construção de hábitos saudáveis, preciso fazer menção ao hábito de não fumar? Entendo que isto é condição intrínseca".

Em relação aos eixos operacionais, no grupo da Universidade, a maioria dos respondentes da segunda fase são pela manutenção dos eixos operacionais, alguns sugeriram a exclusão de alguns eixos da política e a inclusão também em um Plano Nacional e fizeram várias sugestões de novas redações.

No grupo intrassetorial, 1/3 dos respondentes indicou a manutenção dos eixos na íntegra e alguns teceram comentários de que a inclusão dos eixos operacionais é importante pois eles significam avanços para a operacionalização dos conceitos, valores e objetivos. Indicam, ainda, a necessidade de rever a redação.

Nas recomendações gerais, os dois grupos tiveram participação intensa com manifestações que revelam o envolvimento e a reflexão dos respondentes. Citam-se recomendações de avançar na promoção das medidas que incidam sobre as causas das causas; manter o diálogo a partir dos processos sistematizados com grupos e atores que participaram da revisão; ampliar o locus e discutir os temas talvez seja a única forma de tornar efetivo as diretrizes e objetivos da promoção da saúde, uma vez que não deve existir uma um programa de ações específicas que garanta ou torne factível suas propostas.

RESULTADOS DAS OFICINAS REGIONAIS

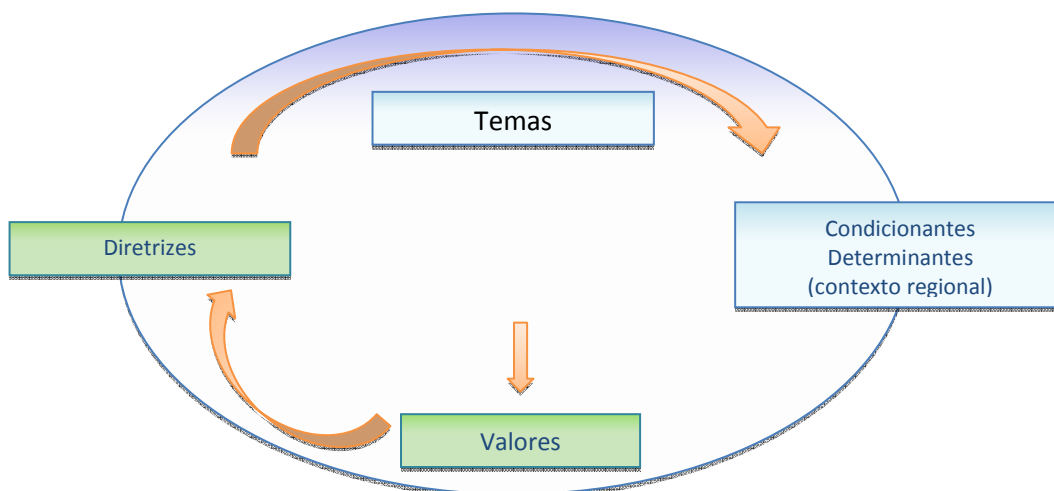
Regiane Rezende – representante da Organização Panamericana de Saúde – Brasil.

Apresenta-se uma sistematização das oficinas regionais, um processo democrático de participação na revisão da Política. A realização das Oficinas foi desafiante mas representou uma oportunidade de entender como a política alcança diferentes lugares e pessoas. Participaram das Oficinas, pessoas da comunidade, trabalhadores do SUS, representantes de movimentos sociais, religiosos, vereadores, ou seja, uma gama de pessoas que foram mobilizadas e, ao participarem, enriqueceram o processo de revisão.

Um dos aspectos que deve ser ressaltado é a oportunidade de se revelar as especificidades territoriais, locais e regionais com o movimento das Oficinas. Assim, a apresentação também expressa essas especificidades.

Durante as oficinas foram trabalhados os elementos da política: diretrizes, objetivos, eixos operativos, estratégias, valores e temas. Foi utilizado como um marco de referência para a construção da coerência entre os elementos da política, um modelo de avaliação de municípios e comunidades saudáveis adaptado para o processo de revisão.

Figura 1 – Modelo de avaliação de Municípios Saudáveis



Modelo Avaliação de Municípios Saudáveis – OPAS/OMS. 2005

No modelo, a identificação e definição de valores, de diretrizes e o desenvolvimento dos temas por meio dos eixos operativos deve guardar coerência. Por exemplo, para desenvolver o tema do trânsito, deve-se colocar em prática um conjunto de ações tais como campanhas, vigilância, assistência, em diferentes eixos operativos como participação social, comunicação, expressando sempre os valores que caracterizam as ações como ações de promoção da saúde. Esse é um dos grandes desafios.

As Oficinas foram orientadas por uma perspectiva de problematização, buscando ressignificar a reconstrução das práticas e organizadas em momentos, a saber: identificação de práticas desenvolvidas pelos participantes; identificação e destaque dos valores presentes nas práticas relatadas pelos grupos; validação dos Eixos Operativos a partir das práticas e sugestões; identificação e seleção dos temas e eixos operativos mais relevantes e aplicação ao modelo de referência. Ao final da Oficina, foram estabelecidas as redes de compromisso na qual, cada participante individualmente elaborava a escrita de uma mensagem num cartão postal para o Comitê Gestor da PNPS afirmando “Meu compromisso pessoal para o fortalecimento da PS no Brasil é...”

No que se refere aos valores para a promoção da saúde, nas Oficinas em todas as regiões os valores identificados foram sustentabilidade, participação, equidade, responsabilidade social e empoderamento. Em quatro ou três regiões, outros valores foram pontuados como ética, intersetorialidade, valorização dos saberes e práticas. Na Região Norte, apareceram regionalização e identidade como valores muito importantes que marcam a especificidade da região. Por outro lado, na Região Sul, os valores identificados foram felicidade, confiança, autoestima e vínculo. Na região sudeste: cultura, coerência, resiliência, alteridade, subjetividade. Na região Nordeste os valores expressos foram simetria de saberes, entendido como considerar os saberes com a mesma medida, potência e importância, além de amorosidade, generosidade, pluralidade. Já na Oficina com o Conselho Nacional de Saúde, também apareceram os valores efetividade e controle social.

Sobre os objetivos, nas oficinas foram feitas sugestões para modificações que das quais destaca-se o foco na educação e saúde associado á empoderamento individual e coletivo, na região norte; a discussão de práticas de promoção da saúde de acordo com os contextos e diversidades locais, tanto na região sul quanto sudeste; fomentar os valores da política na dinâmica profissional e social, na região nordeste; atuar sobre os determinantes sociais, fortalecer a participação social e desenvolver habilidades pessoais e comunitárias e a parceria intersetorial na região centro oeste.

Em relação às diretrizes também foram feitas sugestões de inserção de aspectos que se referem à formação de trabalhadores para o SUS, incluindo os gestores; articulação entre políticas e criação de redes de cooperação intersetorial; reconhecimento dos efeitos negativos dos modelos de desenvolvimento; inclusão do tema da promoção da saúde na graduação como componente para avaliação dos cursos pelo MEC; desenvolvimento de políticas municipais e estaduais de promoção da saúde; participação social, pesquisa e produção do conhecimento voltado para a promoção da saúde; divulgar e informar metodologias participativas. Ainda no que se refere às diretrizes, vale destacar a proposta de reconhecer a promoção da saúde como estruturante de princípios e diretrizes do SUS, estruturante da universalidade e integralidade, além de reconhecer a relevância da atenção básica para implementação da saúde, adequando as ações de promoção da saúde ao perfil das equipes e aos recursos disponíveis, e garantindo financiamento próprio para sua implementação.

As estratégias indicadas pelos participantes das Oficinas referem-se à realização de estudos epidemiológicos com o foco nos determinantes sociais; integração de bancos de dados de políticas públicas, formação e vinculação de profissionais para trabalhar em regiões específicas; inovação e tecnologia social, planejamento e gestão participativa; mecanismos intersetoriais que permitam o compartilhamento de recursos e priorização da pesquisa, produção de evidências em promoção de saúde; mapeamento de práticas de promoção da Saúde, flexibilização dos programas federais, acolhendo as especificidades regionais e locais; estabelecimento de mecanismos de diálogo com diferentes públicos.

Nos eixos operativos, os participantes das Oficinas manifestaram que o texto da nova política deve expressar a necessidade de novas tecnologias e difusão do conhecimento; regulação e controle de mercado e indústria; competências para promoção da saúde; desenvolvimento local; defesa da promoção da saúde; pesquisa e produção do conhecimento. Novas propostas de eixos operativos indicadas pelos participantes foram a educação permanente como um eixo; a territorialização, a atuação sobre os determinantes sociais; a valorização do trabalho o desenvolvimento de habilidades pessoais; integração entre gestão, regulação, controle e financiamento. Sugeriram ainda a redação do eixo o cuidado para promoção da saúde em substituição ao autocuidado; pesquisa e inovação do conhecimento, práticas individuais e coletivas de promoção da saúde a partir do cuidado compartilhado; qualificação e desprecarização da força de trabalho.

Entre os temas indicados pelos participantes das Oficinas como prioritários para política de promoção da saúde, citam-se acesso e mobilidade com especificidades regionais, referido no norte em decorrência das características amazônicas, além da alimentação saudável com um conceito ampliado que inclui a cultura; saúde do trabalhador, desenvolvimento local, criação de ambientes saudáveis, com referencia ao enfrentamento do uso de agrotóxicos, citado na região centro-oeste saúde urbana com enfoque ampliado que envolve temas como mobilidade urbana; práticas corporais e saúde mental; gestão participativa, violência e cultura da paz e vida no trabalho. Na Oficina com o Conselho Nacional de Saúde foram, ainda, apontados temas referentes à articulação intrasetorial, contratação de recursos humanos para promoção da saúde. Indicaram ainda a necessidade de se discutir a “aparente” relevância do controle social na promoção da saúde, bem como a “aparente” relevância da promoção da saúde no SUS. Essa relevância aparente se deve à constatação do baixo financiamento, redes assistenciais pouco estruturadas, insuficiência de recursos para ação de comunicação e saúde, regulação inexistente ao pouco eficiente sobre temas tais como as indústrias de alimentos. Para esses enfrentamentos, os participantes indicam a necessidade de propor e aprovar ações de articulação intersetorial nos planos de saúde; realizar planejamento intersetorial; avaliar as ações e prover dados sobre a promoção da saúde.

De modo geral, é possível afirmar que o processo de revisão da política tem permitido ganhos: participação ampliada, aproximação das realidades locais e regionais, a aprendizagem e a problematização das práticas. Ressalta-se que o processo aponta para a perspectiva de construção de planos de ação e formação de vínculo e redes de compromisso.

Para finalizar, cita-se Paulo Freire numa menção à justiça social: “Eu sou um ser amoroso e não tenho vergonha se sê-lo, e é por amar as pessoas e as gentes que espero” e aí é a esperança do Paulo Freire, do esperar, “que desejo que a justiça social seja feita antes da caridade.”

TRIANGULAÇÃO DAS METODOLOGIAS E SÍNTESE DAS REVISÕES DA PNPS

Ronice Franco de Sá – GT de Promoção da
Saúde da ABRASCO.

Algumas das razões para a revisão da PNPS estão descritas no texto da nova política. Incluem novas agendas e compromissos no campo tais como “Cúpula dos Povos”, “O Futuro que Queremos”, “Movimento pela Saúde dos Povos”, “Declaração Política do Rio para os Determinantes Sociais da Saúde”, “Declaração Política da Assembleia Geral da ONU sobre a Prevenção e Controle de Doenças Não transmissíveis”, “Saúde em todas as Políticas”, “Mudanças Climáticas”. Todos esses movimentos apontavam a necessidade de se discutir mais profundamente equidade, intersetorialidade, respeito às diversidades, intrasetorialidade, ambiente saudável, meio ambiente global, sustentabilidade e atuação sobre determinantes.

Essas questões mobilizaram o processo de revisão da Política, com múltiplos movimentos simultâneos que começaram em setembro de 2013. Foram sete oficinas regionais e uma oficina com o Conselho Nacional de Saúde, o questionário FORMSUS, os DELPHIs Intersetorial, Intrasetorial e com Universidades, além das oficinas de sistematização. Todo o processo culmina

com a realização deste Seminário Nacional. Frente aos múltiplos movimentos foi necessário fazer uma triangulação.

É importante ressaltar que há todo momento o grupo reconheceu que não estava realizando uma avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde, mas uma análise apontando o que de novo deveria conter a política frente às novas agendas do campo. A motivação para o processo foi a possibilidade de realizar uma consulta ampla com diversos indivíduos envolvidos com a promoção no setor saúde, em todas as regiões brasileiras. A princípio, fora definido a realização das oficinas regionais. Contudo, a partir de análises depois da oficina teste, foram desencadeados os DELPHIs, o FORMSUS, a consulta ao Conselho e as Oficinas de sistematização. As oficinas de sistematização se constituíram no espaço privilegiado de debate, reflexão e construção de eixos comuns que possibilitaram triangular métodos e matriciar as categorias que emergiram dos diversos movimentos/processos enquanto os mesmos eram executados.

O eixo comum de análise de todos os movimentos simultâneos foi orientado pelo modelo de referência para a análise da coerência das ações de promoção da saúde (baseado no modelo de avaliação de municípios saudáveis proposto pela OPAS, 2005) e possibilitou o diálogo e a necessária triangulação entre as diferentes metodologias adotadas no primeiro momento no que se refere a princípios e valores, diretrizes, temas/ações da política.

Foram evidenciadas quatro tipos de triangulação:

- dos múltiplos movimentos: com diferentes métodos de coleta oriundos dos produtos de oficinas (metodologia padronizada), de consensos com especialistas (DELPHI) e do, questionário online (FORMSUS);
- de fonte: com heterogeneidade dos atores advinda da participação de profissionais de saúde, pessoas interessadas e trabalhadores em promoção da saúde, profissionais de outros setores, pesquisadores, professores, representantes institucionais da saúde e outros setores, movimentos sociais, conselheiros de saúde, entre outras pessoas ;

- de contextos locais considerando as diferentes regiões geográficas a partir das oficinas em todas as regiões do Brasil;
- do construto com validação por pares num processo de construção coletiva de grupo de pesquisadores em torno de “trancos comuns” em encontros de sistematização.

A análise de coerência e construção de sentidos foi construída em três momentos: um primeiro, propiciado pelo modelo da OPAS buscando a coerência interna entre diretrizes, princípios e valores e temas de cada oficina; num segundo momento foi construída uma matriz na primeira oficina de sistematização, buscando a coerência e sentidos entre concepções, princípios/valores, objetivos, diretrizes, temas e estratégias com as dimensões sócio-político-culturais nas dimensões macro, meso e micro de todos os movimentos da revisão e, no terceiro momento, ocorreu o agrupamento de todas as ações e temas encontrados nos diversos instrumentos em eixos temáticos transversais. Inicialmente foram definidos 12 eixos que reagrupadas no processo de análise originaram para a nova política 6 eixos temáticos transversais: determinantes sociais da saúde, equidade, respeito às diversidades; desenvolvimento sustentável; redes de produção social da saúde e do cuidado; ambientes e territórios saudáveis, vida no trabalho, cultura da paz.

A partir dos resultados do FORMSUS, pode-se revelar que a maioria dos respondentes concordou com a importância dos objetivos, diretrizes, estratégias descritas no formulário. Essas respostas reafirmaram a importância da política nacional pública brasileira e da tentativa de atuação sob os determinantes. As questões semiabertas apontaram para categorias chamadas de necessárias na política, pelo quantitativo e pela força argumentativa dos escritos.

O olhar sobre todos os resultados permitiu escrever o novo objetivo geral da política, definido como “promover a equidade e qualidade de vida, reduzindo a vulnerabilidade e riscos à saúde decorrentes de determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais que afetam a saúde dos indivíduos das coletividades”, bem como os objetivos específicos descritos a seguir:

1. Estimular a construção de redes de produção social e do cuidado integral em saúde baseadas nos princípios e valores da promoção da saúde, pautadas na articulação intra e intersetorial e na ampliação de potencialidades;
2. Contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade e participação popular e controle social, visando reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, com respeito às diferenças de gênero, de classe social, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, às pessoas com deficiências e necessidades especiais, culturais e territoriais;
3. Favorecer o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável;
4. Promover a cultura da paz em comunidades, territórios e municípios;
5. Apoiar o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem-viver;
6. Valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas;
7. Promover o empoderamento e a autonomia de sujeitos e coletividades por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida;
8. Promover processos de formação profissional, capacitação e educação específicos em promoção da saúde, de acordo com os princípios e valores expressos nesta Política, para trabalhadores, gestores e cidadãos;
9. Estabelecer estratégias de comunicação e mídia direcionadas ao fortalecimento dos princípios e ações em promoção da saúde;
10. Estimular a pesquisa, produção e difusão de conhecimentos e estratégias inovadoras no âmbito das ações de promoção da saúde;
11. Promover meios para a inclusão do registro de atividades de promoção da saúde e da equidade nos sistemas de informação e inquéritos, permitindo análise, monitoramento, avaliação e financiamento;

12. Fomentar discussões sobre modos de consumo e produção que estejam em conflito de interesses com os princípios e valores da promoção da saúde e que aumentem vulnerabilidades e riscos à saúde;
13. Contribuir para a articulação de políticas públicas inter e intrasetoriais com as agendas nacionais e internacionais.

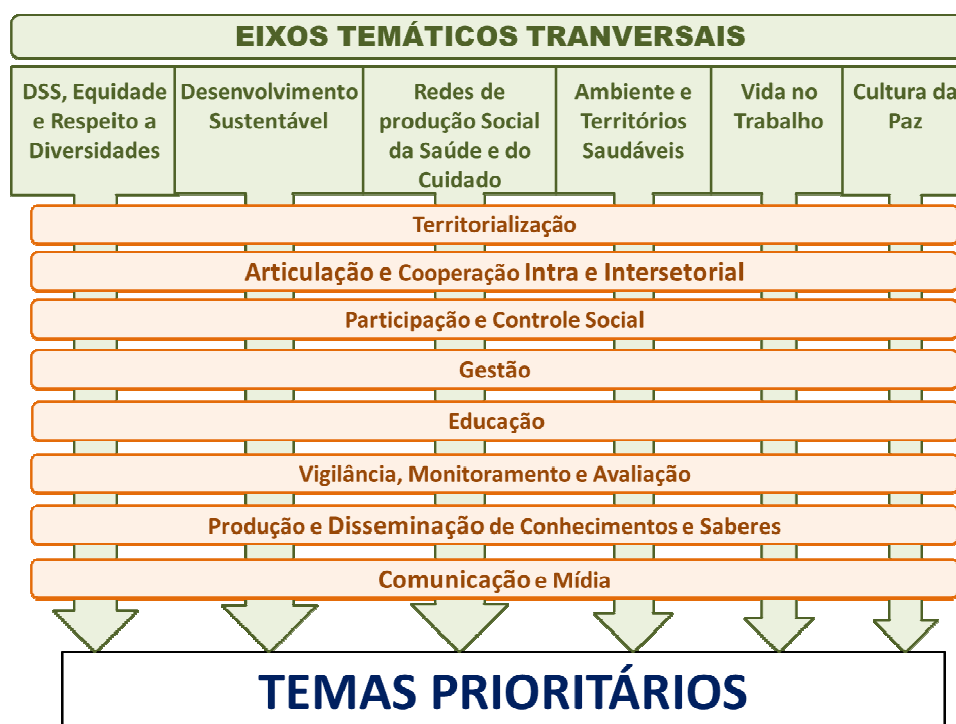
Foram ainda definidas as diretrizes da nova política, a saber:

1. Estímulo à cooperação e à articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde;
2. Fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde, com base no reconhecimento de contextos locais e respeito às diversidades, para favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social.
3. Incorporação dos princípios e valores da promoção da saúde como parte indissociável das redes de produção social e do cuidado integral em saúde.
4. Incentivo gestão democrática, participativa e transparente, para fortalecer o controle social, a participação popular, e a corresponsabilidades de sujeitos, coletividades, instituições e esferas governamentais e sociedade civil.
5. Ampliação da governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde contextualizadas nos territórios e sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental.
6. Estimulo à pesquisa, à produção e difusão de experiências, conhecimentos e evidências que apoiem a tomada de decisão, a autonomia, o empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde.

7. Apoio à formação e à educação em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva de sujeitos, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas, para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável.

Ainda, na sistematização, foi construída uma matriz que sintetiza a ideia da operacionalização da política, a partir dos temas prioritários que devem ser desdobrados em estratégias operacionais (territorialização, articulação, cooperação intra/ inter, participação, gestão, educação, vigilância, produção e disseminação de conhecimentos e saberes, comunicação e mídia), considerando os eixos transversais.

Figura 2 – Matriz de operacionalização da Política de Promoção da Saúde



Os temas foram definidos considerando as prioridades para a esfera federal do setor saúde, frente às demandas e novas agendas nacionais e internacionais, com ajustes a partir do que foi coletado nos diversos movimentos simultâneos. Nesse sentido, os oito temas prioritários são: Formação profissional e Educação permanente; Alimentação adequada e saudável; Práticas corporais e

atividades físicas; Enfrentamento do uso do tabaco e derivados; Enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas; Promoção do trânsito seguro e sustentável; Promoção da Cultura da paz e promoção do desenvolvimento sustentável.

No esquema vivo da Política, os princípios são as raízes que, ao interagir com o contexto se refletem no agir de cada pessoa por meio dos valores que são humanização, respeito às diversidades, amorosidade, ética, solidariedade, felicidade, pertencimento, justiça social, criatividade, co-responsabilidade, inclusão social e refletividade; o tronco da árvore é formado pelos eixos transversais; as estratégias vão alimentar a política; as diretrizes fundamentam as linhas de ação, indicam finalidades e culminam com os temas prioritários.

A proposta é um esquema vivo para uma Política Nacional de Promoção da Saúde, viva e presente. Nessa proposta, a potencialidade da árvore está na seiva, a árvore inteira, na sua plenitude, está na seiva; a mesma e única seiva transforma-se em raiz, tronco, caule, ramificações, folhas e frutos e assume diferentes texturas, cores e formatos, obedecendo a uma espécie de programa ou comando que está além da semente, o objetivo que podemos escrever. É preciso regar e adubar a árvore da Política Nacional de Promoção da Saúde para que a seiva que define tudo que está política possa expressar toda a sua plenitude.

MESA REDONDA – A INTERSETORIALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Moderador: Marco Akerman

Participantes:

Ana Paula Menezes Soter - secretária executiva do Ministério da Saúde

Maria do Socorro Mendes Gomes – representante da Casa Civil da Presidência da República

Ana Laura Lobato - representante da Secretaria Nacional de Juventude

Rurany Ester Silva – representante da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM)

Rodolfo Silva – representante do Ministério da Educação (MEC)

Ricardo Dutra – assessor do Departamento de Gestão do Ministério de Desenvolvimento Social e combate à Fome (MDS)

Ana Paula Menezes Soter – Secretária da Secretaria executiva do Ministério da Saúde.

Inicialmente a participante transmite a mensagem do Ministro Arthur Chioro parabenizando a realização do seminário com destaque à parceria do Conselho Nacional, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e a condução técnica do GT da ABRASCO, consideradas fundamentais para o debate atual no campo da promoção da saúde. Ressalta, ainda, a importância do momento de reavaliação da política, que representou um avanço importante desde sua publicação. É oportuno, alguns anos depois, convocar a sociedade para efetivamente atualizar essa política. Ressalta a manifestação do Ministro quanto aos avanços dos últimos oito anos no campo da Política de promoção da saúde com destaque para a política nacional de atividade física junto aos municípios, viabilizada pela Academia da Saúde; na questão do tabaco, a

possibilidade de universalizar o tratamento a pessoas tabagistas; a busca por uma alimentação saudável com esforços intersetoriais; a parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação no programa nacional de Saúde na Escola que, desde 2007, se apresenta como uma política de integração exitosa. Reconhece-se os avanços mas também os desafios que são grandes para ter uma política nacional de promoção da saúde que contribua para diminuir as desigualdades e para a construção de uma cidadania mais plena com uma melhor qualidade de vida para os brasileiros.

A Roda seguiu uma dinâmica interativa na qual dois ou três participantes da mesa iniciariam respondendo a uma provocação sobre o tema da intersectorialidade disparada pelo moderador, seguida da manifestação de dois ou três componentes da platéia. Numa nova rodada, outros participantes da mesa respondiam à outra provocação e, de forma similar, havia manifestações da platéia. Assim, seguia-se a roda de conversa até esgotar as perguntas.

1ª provocação: Intersetorialidade é moda ou necessidade?

2ª provocação: Que dificuldades existem para operar a intersectorialidade?

3ª provocação: Conte experiências interessantes de intersectorialidade.

Ricardo Dutra – representante do Ministério de Desenvolvimento social (MDS).

A intersectorialidade é necessidade dada a complexidade da sociedade contemporânea, modernidade tardia ou pós-moderna, dependendo do enfoque que for dado. A complexidade da sociedade leva a complexificar a resposta das políticas públicas. O MDS por definição é intersectorial formado pela junção de áreas como segurança alimentar, assistência social e transferência de renda. A área de assistência social era uma área que se fazia presente em outras áreas tais como na saúde, na previdência, na educação. O MDS carrega essa dupla característica da intersectorialidade. Dentro do próprio Ministério, a aproximação da assistência social com Transferência de renda tem permitido um

aprendizado, com ações conjuntas que qualificam a relação do MDS com outros setores. Destaca-se a relação com a saúde no sentido de qualificar a relação da condicionalidade de saúde nas ações de desenvolvimento social. Anteriormente essa relação era marcada por aspectos burocráticos, contudo, atualmente a relação é caracterizada pela vigilância sócio-assistencial, vinculada dentro da ação no território, onde há parcerias também com educação, com sistemas de garantia de direitos. Por esses aspectos, a intersetorialidade apresenta-se como necessidade e precisa ser construída, num processo que vem acontecendo com sucessos e desafios a serem enfrentados conjuntamente.

Rurany Ester Silva – representante da Secretaria de Políticas para as Mulheres.

A secretaria de políticas das mulheres deve trabalhar com todos os órgãos do governo. A Secretaria só existe porque trabalha intersetorialmente, uma vez que as mulheres estão na saúde, na educação e necessitam de todas as políticas. Assim, a intersetorialidade é necessidade e não há como trabalhar sem ela. Além disso, é moda, mas a necessidade é maior.

Nesse sentido, como trabalhar para a maioria da população brasileira, que são as mulheres, representada pela maioria das pessoas na plenária, maioria dos profissionais da saúde, da educação, da assistência, isoladamente? Trabalha-se essa população com intersetorialidade. Há um plano de políticas das mulheres, trabalhado com todos os órgãos do governo que inclui propostas para educação, saúde, empoderamento das mulheres, combate à violência, em parceria com outros ministérios, principalmente saúde e justiça.

Marco Antônio – representante da Secretaria de Estado da saúde de São Paulo, Divisão de doenças crônicas.

A intersectorialidade é uma necessidade cada vez mais premente e deve virar moda. Já passou do tempo de virar moda, além de ser uma necessidade clara. Um exemplo na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo é o projeto Vida no Trânsito, no qual se discute a cultura da paz. Neste projeto, há uma portaria que preconiza o estabelecimento de uma comissão intersectorial envolvendo a saúde, secretaria da segurança, DETRAN, entre outros órgãos. Esse processo é desafiante pois há outros setores que precisariam estar envolvidos mas não estão. Cada vez se torna mais necessário trabalhar conjuntamente, especialmente quando se trata da Vida no Trânsito ou praticar a cultura da paz.

Ricardo Varga – Conselho Estadual de Saúde do Tocantins.

Ao debater esse tema, questiona-se se estamos dialogando o que realmente precisa, ou seja, onde está o empregador, o agricultor? Há no seminário algum fazendeiro que usa agrotóxicos, aquele que produz a doença? Esse debate direciona à necessidade de dialogar com o empresário, o agricultor do agronegócio. Um exemplo nesse sentido é a questão da merenda escolar para a qual se questiona se esta tem sido comprada do pequeno agricultor que, por sua vez, não consegue vendê-la num contexto de competição. Ainda no exemplo da merenda escolar, reconhece-se o avanço nesta proposta, mas também há questionamentos se de fato essa merenda é saudável. A vivência nas conferências territoriais da saúde do trabalhador tem revelado que o adoecimento afeta alunos, professores, contudo há poucas ações neste campo. Para tanto, é necessário estabelecer diálogos com o fazendeiro, os empresários e os construtores que deixam doentes os consumidores. Assim, ter-se-á resolutividade.

José Rodrigues – representante do Conselho Estadual de Saúde do Amazonas.

Intersetorialidade não é moda nem necessidade, é um dever do estado brasileiro na governança das políticas públicas.

Ana Paula Menezes Sóter – Secretária da
Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

A intersectorialidade é também um dever de Estado, mas as vezes não basta o peso da lei para que as coisas do mundo real aconteçam. É importante construir consensos e que se possa transformar a intersectorialidade em moda de forma que ela esteja em todos os espaços de debate, desde a mesa de bar, casa da vizinha. Quanto à necessidade não se tem dúvida que a intersectorialidade é um tema em pauta, mas se não vira moda tem-se dificuldade para que ela efetivamente aconteça.

A própria Moda, enquanto campo de conhecimento, discute a intersectorialidade e a sustentabilidade. Diz-se que esses temas estão virando moda, assim como também a preocupação com o pequeno produtor e saúde do trabalhador também neste campo. A saúde do consumidor, para que ele possa olhar o que consome, é um aspecto da intersectorialidade, fundamental na saúde. Estamos diante de um problema complexo, sempre com abordagem além dos saberes que orientam o setor saúde.

Um exemplo nesse sentido ocorreu em 1993 na Secretaria de Saúde de Olinda, quando se fez um estudo das diferenças urbanas mapeando o município em cinco estratos sociais, no que se refere à mortalidade infantil, mortalidade materna, entre outros indicadores. Construiu-se um mapa com cinco estratos em função dos indicadores que passou a pautar a orientação de recursos do município, desde a educação, a saúde para implantação no início das equipes de saúde da família, o orçamento participativo. Foi uma experiência intersectorial. Outro exemplo recente trata a questão da violência no estado do Pernambuco, no qual as áreas vermelhas de violência orientaram o monitoramento do tempo do SAMU. Essa ação não interfere diretamente na diminuição da violência, mas diminui a morte pela violência pois o SAMU estava vinculado às áreas vermelhas.

Maria do Socorro Mendes Gomes –
representante da Casa Civil da Presidência da
República.

A moda é algo que todos usam. Nesse sentido, a intersectorialidade deve ser moda, um figurino que todos usem sempre: um preto básico, um branco que satisfaz, uma peça que ninguém abre mão.

Para além de necessidade ou mesmo dever do estado, a intersectorialidade é uma exigência da política pública, uma vez que não há um único saber que dê conta da complexidade das questões contemporâneas. Contudo, há muitos desafios neste campo. Um deles se refere à formação, na qual cada profissional é formado para atuar de forma isolada. Essa formação é marcada desde a universidade, com definições de linhas de saber e poder dentro das instituições. Há também desafios no campo da burocracia com políticas que não dialogam entre si. Quando se cria um arranjo intersectorial, há diversos enfrentamentos para superar a burocracia que, por vezes pode se tornar motivo de desistência. Para superar, é necessário ir ao limite do que a lei permite e às vezes até mudar a lei para garantir espaços intersectoriais como espaços de empoderamento. A complexificação da sociedade exige novas respostas no campo da política pública, com interdisciplinaridade. Neste campo, vale o entendimento de que não existem soluções simples para problemas complexos reafirmando a intersectorialidade como espaço para garantir que as soluções aconteçam de forma ampliada.

Ana Laura Lobato - representante da
Secretaria Nacional de Juventude.

A intersectorialidade é uma necessidade, mas também é moda. É moda porque virou necessidade. Tornou-se necessidade e o debate sobre isso tem acontecido em diferentes espaços. A sua operacionalização tem sido um desafio para todas as instituições. A sociedade se complexificou bem como o

modo de entender os problemas e elaborar as respostas políticas. No caso particular da juventude, há uma mudança no modo como as políticas públicas são vistas, de uma forma em que se pensava a política no seu sentido global, macropolítico para uma nova forma que considera o sujeito.

Não há como pensar o sujeito jovem se não for de forma intersetorial, assim como não há um modo de pensar a questão da mulher que não seja intersetorialmente. As políticas para esses grupos populacionais são, por natureza intersetoriais.

Marlene Carvalho - Secretária da saúde da Bahia.

No que se refere à redução da pobreza e miséria, reconhece-se que as políticas neste campo impactam a saúde, em especial a mortalidade infantil. Recentemente, essa relação foi demonstrada num estudo do Instituto de Saúde Coletiva.

Ronice Franco de Sá – Universidade Federal de Pernambuco, GT de Promoção da Saúde da ABRASCO.

A definição de intersetorialidade é moda ou necessidade depende do contexto e do tempo. Lembra-se também a experiência de 1993, em Pernambuco, quando se trabalhava a saúde do índio. Naquela época era moda. Foram criados os núcleos de saúde intersetorial do índio com discussões sobre intersetorialidade. Questiona-se, contudo, os desafios para garantir os avanços neste campo. Em parte, devem-se ao financiamento que permanece setorial. Colocar a perspectiva do sujeito, há que se sair da setorialidade e, em consequência, o financiamento precisa avançar, bem como há que se ter mudanças nas leis que reduzem a possibilidade concreta da intersetorialidade.

Raimundo Lima – Distrito Federal.

Em 1984, um travesti foi decepado e houve violência por parte do policial. Esse fato mobilizou a constituição de um grupo e discutir a temática. Virou moda. A moda deve ser florida, colorida entre saberes. A intersetorialidade representa a troca de experiências. No caso do exemplo citado da violência e do desrespeito às diversidades sexuais, pode-se afirmar que atualmente há políticas no campo que começaram com poucos atores. Hoje o movimento LGBT é grande porque foi crescendo no país. Quando se atua com intersetorialidade, a troca de saberes e busca de parceiros em vários setores se obtém avanços no enfrentamento da violência.

Marco Akerman – Moderador.

As roupas deixam de ser usadas quando saem de moda. Se não houver intersetorialidade há dificuldades de concretizar ações, em especial, porque não há planejamento integrado. Há que se pensar na lógica do sujeito, que tem um papel central na intersetorialidade.

Convite a relatarem experiências e dificuldades no campo da intersetorialidade.

Ricardo Dutra – representante do Ministério de Desenvolvimento Social.

No campo filosófico, a vida é intersetorial e multidimensional por natureza. Os homens criam compartimentos apenas para organização. Contraditoriamente, a complexificação do problema da política pública cria uma tendência de isolamento no mesmo movimento dialético da especialização, do local e do global. Especificamente na assistência social e transferência de renda, quando as duas áreas foram alocadas no mesmo ministério, criou-se a necessidade de articulação das áreas que, até então, tinham linguagens distintas. Esse processo foi de muito aprendizado que se deve às condicionalidades que se constituíram como fator de integração e relação intersetorial. Anteriormente existia uma disputa em relação à condicionalidade, entre políticas universais e focalizadas, existiam visões diferentes no próprio ministério, o que em si não é

ruim. A prática da política na ponta gerou a integração ascendente para dentro do ministério forçando a intersetorialidade. Quem está na ponta, executando a política é intersetorial por definição. No nível central há oportunidade para não ser intersetorial, pois há mais espaços para atuar de forma fragmentada e isolada. Assim, um aprendizado que se teve na política foi a condicionalidade que atuou como elemento do acaso, provocando a articulação de forma intensa que não se tinha previsão que iria ocorrer quando do desenho inicial no nível central. No processo de implementação da política houve um aprendizado importante sobre a intersetorialidade para dentro das áreas do desenvolvimento social, bem como na relação com outras áreas, especialmente da saúde.

Maria do Socorro Mendes Gomes –
representante da Casa Civil da Presidência da
República.

A intersetorialidade é absolutamente necessária. Uma maneira mais rápida de se obter soluções adequadas e efetivas. Contudo, não é trivial fazer ministérios mesmo que sejam de políticas co-irmãs ou complementares, sentarem e pensar uma política. Um exemplo neste caso é o programa Viver sem Limite. Há participação do Ministério da Saúde, da Casa Civil que tem o papel de monitorar e fazer articulação dos projetos prioritários da Presidência, do Ministério da Ciência e Tecnologia, do Ministério da Educação. Muitas vezes, não há diálogo entre as áreas dentro dos Ministérios. Esse ainda é um desafio das políticas que não se deve exclusivamente ao orçamento público que ainda está longe de ser transversal.

No Viver sem Limite há o equipamento do centro dia para pessoas com alto grau de deficiência e debilidade física. Eles permanecem durante um período de tempo nos equipamentos, em especial para aquelas famílias que trabalham. A alternativa foi construir um arranjo local em que as secretarias e os equipamentos de saúde se referenciem entre si para garantir a oferta do serviço para a população. Há arranjos institucionais que precisam ser

construídos para garantir a intersetorialidade. Há um percurso a fazer para garantir a efetividade.

Ana Paula Menezes Soter – Secretária da Secretaria executiva do Ministério da Saúde.

As pessoas, os problemas, os eventos são os fatores agregadores da intersetorialidade. Assim, uma pessoa que é usuária do SUS, também usuária de outras políticas, era jovem, poderia ser mulher. É essa pessoa que agrega as políticas. É sob esse aspecto que se deve pensar e formular as políticas, na ótica do planejamento integrado. A aproximação às necessidades das pessoas que produz a integração. Essa forma de gerir políticas públicas, orientada pelas demandas e escuta das pessoas, faz diferença. Para tanto, não é necessário romper com as especificidades e especialidades do saber, mas é importante colocar isso a favor de algo integrativo. Não é necessário perder identidade para estar no todo, é importante o processo de individualização para se identificar no todo. No combate à miséria, é importante a saúde se integrar para conseguir atuar, contudo essa articulação é um desafio. O planejamento construído a partir das necessidades da população é o que transforma a forma de fazer e integra orçamento. Do ponto do aparelho formador existe um grande desafio de modificar os currículos trabalhando por problemas. Assim, a forma de ensinar e de aprender é fundamental para construir uma sociedade diferente, senão fica a moda curta.

Cida Alves - Secretaria de Saúde de Goiânia.

Uma experiência intersetorial em Goiânia é a Rede de Atenção à Criança e Adolescentes e Mulheres em Situação de Violência. Inicialmente é necessário reconhecer que a intersetorialidade representa a desconstrução de uma forma de pensamento. Parte do entendimento que o homem não é um ser determinado por uma única causa, quando se entende que os homens sofrem

interferência na construção da nossa saúde e identidade não é possível negar a intersectorialidade.

Foi construído em Goiânia um tipo de acompanhamento e atenção de pessoas em forma de raiz. A raiz da árvore é a intersectorialidade. O fenómeno da violência é complexo por natureza e a intervenção sobre ele deve ser intersectorial. No exemplo apresentado, começou-se a construção da rede com essa premissa. Num primeiro momento foi realizado o planeamento estratégico, para o qual foram convidados todos os setores e serviços que atendem pessoas em situação de violência. Foi realizado o conhecimento da atuação de cada setor e de sua identidade; definidos os objetivos e finalmente as metas a longo prazo. A partir daí foram construídos instrumentos de gestão, com novas tecnologias de acompanhamento das prioridades, tais como protocolos, fluxos, agendas, chamados de instrumentos da executiva da rede. As pautas e desafios foram discutidos e estabeleceram-se negociações. Observaram-se avanços do ano de 2000 a 2014, no que diz respeito a ações imediatas de atenção à violência, DST/AIDS, atendimento clínico, prevenção de gravidez. Nos processos em que há necessidade de acompanhamento por longos períodos foi criado o monitoramento regionalizado nos casos de violência. Nesse monitoramento, o município de Goiânia foi dividido em cinco regionais de acordo com a divisão adotada pelo setor de educação, pois se entendia que o acompanhamento mais perene e constante do adolescente era realizado pela escola. Assim, se se o caso some onde que se pode encontrar a criança? Na escola. Desta forma, há encontros nas regiões para discussão dos casos. Investe-se na amorosidade afetiva e na territorialidade para qualificar a atenção à vítima de violência.

Cristina Hoffman - Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa.

Pensar o envelhecimento diante das mudanças demográficas e epidemiológicas exige um olhar intersectorial. Promover o envelhecimento ativo é um grande desafio grande. O envelhecimento ativo traz entre os seus pilares

questões referentes à saúde, segurança, participação, educação, assistência que, sendo pilares, só se alcança o resultado com participação. Intersetorialidade necessariamente implica em compartilhar, corresponsabilidade, divisão de poder, arranjos institucionais que precisam se constituir.

Em setembro de 2013, ocorre uma reunião de 17 ministérios para pensar o tema do envelhecimento ativo nos estados e municípios, pautar a discussão e propor ações que respondam ao novo cenário que se apresenta no Brasil com o envelhecimento populacional. Experiências que podem ser exemplificadas são o levantamento censitário de instituições de longa permanência no Brasil, realizado junto ao MDS; experiências de trabalho com o cuidador tal como ocorre em Belo Horizonte e experiências que articulam assistência social com saúde, assistência com educação e outras parcerias.

Rui - Subgerente de vigilância de danos, promoção da saúde do município de São Paulo.

Há poucas experiências de municípios com planejamento transversal. No nível local, encontram-se menos obstáculos para a intersetorialidade e, com isso, as parcerias vão sendo construídas trabalho em redes nos territórios, na garantia de direitos individuais e coletivos, no enfrentamento à violências e acidentes, a questão da juventude, crianças adolescentes, mulheres, idosos, e recentemente na questão dos ambientes alimentares, ativos.

Um desdobramento da política ainda necessário é o monitoramento, além do desdobramento para a construção de um plano municipal e local.

Cita Marilena Chauí que, ao analisava a experiência das grandes metrópoles, reconheceu a dificuldade em executar orçamento para atender necessidades da população. Essa situação se deve ao arcabouço jurídico e administrativo no Brasil, formulado desde a ditadura militar e que impede o atendimento das

necessidades da população. Assim, é necessária uma reforma jurídica e administrativa, uma reforma de estado...

Rurany Ester Silva – representante da Secretaria de Políticas para as Mulheres.

Não se consegue trabalhar intersetorialidade senão for localmente. Há propostas políticas, arranjos políticos, articulações, mas de fato a intersetorialidade acontece no município, na atenção dispensada para a população localmente. Uma questão que se destaca é como trabalhar a atenção às mulheres, promoção da saúde, promoção de vida saudável das pessoas sem abordar as relações de gênero, o racismo institucional, as diferenças nos modos como mulheres e homens vivem e morrem? Há diferenças inclusive no grupo de mulheres: mulheres brancas, negras, baixas, gordas, altas, as novas, as velhas. Todas essas questões exigem intersetorialidade.

Espera-se que a intersetorialidade seja moda permanente. No campo da moda, algumas tendências aparecem, desaparecem, outras ficam, renovam, mudam. A intersetorialidade e promoção da saúde é algo para ficar permanente, na saúde, educação, a promoção de qualidade. Não é possível trabalhar a promoção sem abordar determinantes sociais e a integralidade como uma boa articulação. Esse processo é permeado de desafios que vão sendo enfrentados no caminhar.

A Secretaria de Políticas para as Mulheres coordena e desenvolve o programa Prevenção de violência e atua de forma articulada em outros programas com parceria de outros ministérios. A vivência nesses programas têm permitido revelar que há entraves para a intersetorialidade que se refere inclusive à construção de um discurso comum entre os diferentes setores. Esses desafios impõem limites para o avanço da articulação e desempenho do papel de cada setor nas respostas concretas e cumprimento de leis que cheguem de fato à população. Esse é um campo de vários desafios e de nós críticos que se revelam e precisam ser superados.

Ana Laura Lobato – representante da Secretaria Nacional de Juventude.

O instrumento jurídico no país permanece inalterado nos últimos vinte anos de governo, sendo necessário construir uma estrutura legal e jurídica diferente para as propostas que se apresentam. No âmbito local, criam-se soluções para lidar com os problemas estruturais no âmbito da política pública.

Pensa-se a intersectorialidade quando se fala de instituições, mas no plano do sujeito é preciso incluir um novo conceito: o da intersexualidade que significa considerar o que é ser, por exemplo, mulher preta em Taguatinga ou mulher lésbica em São Paulo como condições distintas e cujas diferenças marcam diferentemente possibilidades de acesso e de direito. De forma similar, tratar o problema do racismo não é o mesmo em qualquer lugar, bem como não o é a violência contra mulher ou a mortalidade de jovens.

No campo da implementação há que se pensar em rede e nesse sentido, um programa prioritário na Secretaria Nacional de Juventude é o plano da Juventude Viva, carro chefe da secretaria. Trata de um grave problema relacionado ao quantitativo de jovens negros que morrem no Brasil, que somam em média 400 jovens por mês por homicídio, excetuando-se as mortes por acidente de trânsito.

O plano Juventude Viva é uma articulação de ações, com financiamento de diferentes dos ministérios para intervenção em 172 municípios de 07 estados onde há maior número de mortes, em números absolutos, por homicídios em jovens. Nesse plano há um comitê gestor federal, um comitê gestor nos estados e o comitê gestor local, com uma rede de articulação de jovens que são lideranças nas comunidades e que promovem a articulação entre gestores e a comunidade. No âmbito do plano, vislumbra-se que os jovens de fato tenham acesso a diferentes ações do plano, tais como academia da saúde, programa de qualificação do Ministério do Trabalho, Educação de Jovens e Adultos, entre outras.

Entende-se que estamos tratando com uma nova tecnologia social.

Rodolfo Silva - representante do Ministério da Educação (MEC).

Na Universidade Federal do Sul da Bahia há uma experiência em curso de formação por meio de ciclos, com um ciclo de formação básica, comum a todas as áreas, seguido de ciclos de formação específica. Por exemplo, no processo de formação específica os alunos trabalham o ciclo do idoso, ciclo da criança, ciclo do adulto, conforme a especificidade de cada curso que orienta a definição da carga horária mínima para cada conteúdo.

Pensar a abordagem da promoção da saúde no desenvolvimento das competências dos alunos estende-se ao desenvolvimento dos professores, trabalhando-se com eles a autonomia do sujeito em processo de formação. Nesse sentido, espera-se alterar a atuação dos alunos na prática, como, por exemplo, no campo de estágio, com um pensamento ampliado e interprofissional, uma vez que essa perspectiva é desenvolvida durante todo o processo de formação.

O processo de formação precisa ser mudado, aproximando ao disposto nas diretrizes curriculares nacionais, como também há necessidade de mudanças no corpo docente. Com isso, reconhece-se que, para mudar o processo de formação e de assistência no SUS, é preciso também investir nos professores.

O processo de mudança na formação, em especial nas escolas médicas, é desenvolvido em parceria pela SGTES/Ministério da Saúde SERES/Ministério da Educação. Nesse processo, a partir da autorização do curso, há uma comissão designada para o acompanhamento da implantação que realiza visitas com o objetivo de garantir a qualidade do curso e a aderência às diretrizes curriculares nacionais.

Fábio – Instituto Nacional do Câncer

Na discussão da intersetorialidade uma provocação necessária é pensar que o propósito da intersetorialidade vai dar de encontro com conflitos de interesse. Assim, é importante definir que setores e atores estão envolvidos na busca da intersetorialidade que, por vezes geram modas e conflitos de interesse que são reproduzidos sem questionamentos. Há que se considerar que esses conflitos podem comprometer os princípios que fundamentam as políticas.

Marcos Freire – médico no Centro de Práticas Integrativas em Planaltina, DF.

Intersetorialidade e integralidade fazem parte do vocabulário da promoção da saúde, numa perspectiva que também é filosófica porque significa a vivência da unidade e a vivência da separação. É importante privilegiar a experiência da unidade das vidas. Contudo, os homens são abordados, seja nas escolas ou nos serviços de saúde, com fragmentação entre corpo, mente e emoção. Assim, é preciso ir além do intelecto, do discurso e sentir as emoções no corpo. As práticas integrativas possibilitam tal sensação e compõem o campo da promoção da saúde na perspectiva da integralidade do ser e da vida.

Marta Silva – Secretária de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Os desafios da intersetorialidade são cotidianos, vivenciados nas três esferas de gestão: municipal, estadual e federal. Pensar a promoção da saúde e qualidade de vida, intervindo sobre os determinantes e condicionantes é desafiante. Nesse sentido, pensa-se também nos novos temas que estão na agenda do setor saúde e, com isso, um exemplo que pode ser citado é a Política de redução da mortalidade por acidentes e violências.

O desafio da intersectorialidade reside no convencimento de diferentes setores a assumirem as agendas e pautas que são problemas de saúde, como é o caso das mortes em função da violência doméstica, no trânsito, urbana.

Nestes casos, o desafio da intervenção, que é intersectorial por essência, é o convencimento dos gestores. Ainda há um falso entendimento, de que ao abordar, por exemplo, o tema da violência, esse é um território da Saúde mas que também é da segurança pública, dos direitos humanos, do trânsito, etc.

Reitera-se a necessidade de superar cotidianamente as questões que impedem a construção de uma agenda e de uma missão comum. Tem-se o desafio também da integralidade, quanto da integração. Contudo, é importante ressaltar que há experiências bem sucedidas tal como o Projeto Vida no Trânsito. Destaca-se também o papel da Casa Civil para implementação da agenda da promoção da saúde.

Ricardo Dutra - representante do Ministério de Desenvolvimento Social.

Agradecimento quanto ao convite. Fóruns como esse são importantes. O MDS apresenta limites tais como o quadro reduzido de pessoal que nem sempre permite a representação do Ministério em muitas atividades. O debate produzido nesse Seminário será compartilhado.

Destaca a colocação sobre a necessidade de mudança interna nos setores jurídicos e de orçamento para que eles também sejam intersectoriais, que entendam e participem da política, desfragmentando-se. Nesse sentido, as ações intersectoriais “para fora” é um elemento importante que deve se associar ao movimento de integração para dentro de cada ministério. Reconhece a função de pautar essa discussão no judiciário, nos órgãos de controle e também nos órgãos de orçamento da política.

Rodolfo Silva - representante do Ministério da Educação (MEC).

Agradecimentos quanto à participação no evento.

Rurany Ester Silva – representante da Secretaria de Políticas para as Mulheres.

Agradecimentos quanto à participação no evento e reconhecimento de que a atuação da secretaria de políticas das mulheres depende da intersectorialidade para a busca da promoção de vida das mulheres. Espera-se, assim, ampliar a qualidade de vidas das mulheres, a partir da implementação de políticas com qualidade e de que reconheçam e respeitem as diferenças da na população em geral.

Ana Paula Menezes Sóter – Secretária da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

Agradecimentos e parabenização pelo evento que possibilitou provocações para um pensamento mais complexo no enfrentamento das questões que afetam a saúde, tal como no exemplo da Dengue que se faz tantas ações mas não se muda o saneamento e, assim, o problema permanece. É importante compreender os problemas e eventos da saúde e os sujeitos na sua complexidade bem como o papel do setor nas suas responsabilidades com coerência. Isso contribui para o enfrentamento das situações.

Há ainda o desafio de definir o lugar da promoção em saúde, tanto nas linhas de cuidado do SUS quanto na vida das pessoas. Uma experiência que vale ser relatada é a rede de integração Pernambuco e Bahia, que superou o limite geográfico na constituição da rede de cuidado, no qual realizou-se um seminário com a participação do SAMU, equipes de saúde da família, e foi possível para esses participantes perceber o quanto cada um poderia contribuir na linha do cuidado na urgência e emergência e evitar que o usuário chegasse no hospital de trauma. Trata-se de uma complexidade de saberes que

precisam ser compartilhados na definição das responsabilidades e no desenho da linha do cuidado para que cada um possa visualizar a sua responsabilidade no processo de promoção da saúde.

Maria do Socorro Mendes Gomes –
representante da Casa Civil da Presidência da
República.

Agradecimentos à oportunidade de participar de um debate profícuo.

Reconhece os avanços na construção da intersetorialidade em várias políticas públicas de governo. Esses avanços foram possíveis porque há uma militância na defesa das políticas intersetoriais, na construção da liderança de governo país. Essa é uma premissa que se estende até o limite da possibilidade de trabalhar dessa forma. Nesse sentido, trazer a visão da população brasileira para o centro da política é o grande diferencial, motivo de desejo de continuidade.

Na construção política há composição das forças que revela a preocupação com todas as unidades da federação e todos os municípios do Brasil. A partir daí são construídos os planos que podem ou não serem frágeis mas revelam o processo de construção ascendente e que reflete a heterogeneidade sem perder o foco das prioridades do governo.

A realização das conferências de saúde e outras conferências em diversas áreas de conhecimento ou áreas da política pública, tal como a conferência de recursos humanos na administração pública federal, representa a escuta da população como uma marca na trajetória histórica e política de governo reunindo um conjunto de informações sobre a sociedade civil nos seus variados aspectos que conformam demanda para o governo e o estado brasileiro. Com esse olhar, constrói-se a política.

A Casa Civil tem o papel de viabilizar, articular os ministérios. Assim, os projetos sob responsabilidade da Casa Civil são todos intersetoriais, com participação no mínimo de três ministérios. Nesse processo, há experiências de

articulação de atores e setores que ainda não havia construído uma pauta comum na discussão de uma política, situação complexa, que por vezes gera conflitos. Assim, o espaço da Casa Civil é mediar e impulsionar a execução e implantação dessas políticas.

Para finalizar, vale ressaltar que a perspectiva intersetorial sustenta-se numa lógica de construção e num modo de governo específico que privilegiam e que trazem à moda a intersetorialidade, condição sem a qual não se pode fazer política.

Ana Laura Lobato – representante da
Secretaria Nacional de Juventude.

Agradecimentos quanto à participação no evento e manifestação quanto ao significado do convite à juventude para pensar a revisão da política de promoção de saúde o que indica a superação do pensamento do jovem como problema. A mudança no pensamento implica em ver o jovem como solução para auxiliar no processo, participando da (re)elaboração da política.

Não há maneira possível para a juventude que não seja da própria juventude e o diálogo é um marco importante nesse sentido.

Marco Akerman – Moderador.

Agradecimentos e manifestação de esperança que os arranjos intersetoriais da Casa Civil incluam discussões quanto ao orçamento brasileiro e pagamento da dívida pública, com convite à participação do Ministério do Planejamento e do Banco Central em espaços como o proporcionado pela Roda de conversa.

MESA REDONDA - EIXOS TRANSVERSAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Moderadora: Marta Silva

DETERMINANTES SOCIAIS E INEQUIDADES

Marco Akerman - GT de Promoção da Saúde da ABRASCO.

A discussão sobre os Determinantes sociais da saúde está colocada na Política Nacional de Promoção da saúde, desde sua apresentação, objetivos, finalidades. Mas é preciso que não se conforme apenas como um ideário.

Paulo Freire diz que o a teoria sem prática vira verbalismo, da mesma forma que prática sem teoria se torna ativismo, ou seja, quanto na prática e na teoria tem de haver a práxis, modificadora da realidade, o desafio é quando unimos uma teoria robusta e histórica, em evidência, que se torna algo inovador e criativo para melhorar a vida das pessoas. Uma evidência é que a distribuição das doenças não é ao acaso, ela obedece à estratificação de grupos sociais, dessa forma é preciso algo inovador para investir sobre as evidências em saúde.

Numa breve trajetória histórica sobre os DSS é preciso considerar os “ancestrais” como Virchow e Carrijo, no século XIX, para os quais explicar as doenças e a pobreza pelos vírus e bactérias é uma pobre explicação. Na década de 70 e 80, tem que se considerar o movimento da medicina social.

É preciso visibilizar a influência dos DSS para transformar a teoria em prática. Os Determinantes Sociais da Saúde incluem as condições mais gerais sócio-econômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, e relacionam-se com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias. Esses determinantes influenciam os estilos de vida, já que as decisões relativas, por exemplo, ao hábito de fumar, praticar exercícios, hábitos dietéticos e outras estão também condicionadas pelos DSS.

Para combater as iniquidades de saúde, devemos conhecer melhor as condições de vida e trabalho dos diversos grupos da população. Precisamos, ainda, conhecer as relações dessas condições de vida e trabalho, por um lado, com determinantes mais gerais da sociedade e, por outro, com determinantes mais específicos próprios dos indivíduos que compõem esses grupos.

É preciso também definir, implementar e avaliar políticas e programas que pretendem interferir nessas determinações. Por fim, devemos fazer com que a sociedade se conscientize do grave problema que as iniquidades de saúde representam, não somente para os mais desfavorecidos, como também para a sociedade em seu conjunto, buscando com isso conseguir o apoio político necessário à implementação de intervenções.

A comissão de determinantes sociais em saúde criada em 2006, propõe produzir conhecimentos e informações sobre as relações entre os determinantes sociais e a situação de saúde, particularmente as iniquidades de saúde; promover e avaliar políticas, programas e intervenções governamentais e não-governamentais realizadas em nível local, regional e nacional relacionadas aos DSS; atuar junto a diversos setores da sociedade civil para promover uma tomada de consciência sobre a importância das relações entre saúde e condições de vida e sobre as possibilidades de atuação para diminuição das iniquidades de saúde.

A iniquidade no país é causada pela distribuição desigual de poder, venda de mercadorias e serviços. Nessa distribuição desigual, deve-se pensar como que a política pública pode fazer uma redistribuição de oportunidades, para isso deve-se e visibilizar as diferenças para buscar a práxis.

As necessidades de se pensar os determinantes em saúde e condicionantes está na base do princípios da equidade, que é a base das práticas de promoção da saúde. Esse princípio considera a especificidade dos indivíduos, distribuição igualitária de oportunidades.

As políticas sociais no Brasil reproduzem nossa estrutura de poder. Por exemplo, o ENEM, os pontos máximos é em torno de 900, com mais que 450 estaria aprovado no ensino médio. Apenas 28% dos estudantes obtiveram notas maiores que 450, entretanto 12% dos estudantes, filhos de pais sem

instrução formal conseguiram notas acima de 450. Por outro lado, 49,6% de pais com ensino superior, 66% dos pais com doutorado, tiveram filhos com notas acima de 450. Assim numa lógica de entendimento: fazer doutorado faz bem para a educação dos filhos.

Nesse contexto, o Brasil avançou entre 1960 e 2006 no aspecto de redução dos índices em mortalidade infantil em todas as regiões e no Brasil como um todo, quando comparo nesse período, as diferenças entre nordeste e sul, a diferença era de 70%, agora em 2006 a diferença é de 20%, diminuindo no absoluto e aumentando no relativo.

Nesse sentido, questiona-se como aproximar o ideal e a realidade do SUS? Como aproximar o ideal da PNPS e o que realmente acontece na prática?

FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

Jaqueline Lima – GT de Promoção da Saúde da ABRASCO.

É um desafio falar de formação, educação permanente e promoção da saúde. Para qual SUS estamos formando nossos estudantes? Essa pergunta é importante de ser respondida pois dela depende muito do que temos hoje enquanto profissões. Vivemos um processo de grandes avanços no contexto de consolidação do SUS mas também há retrocessos. Em parte se deve à força de trabalho e devemos nos perguntar sempre: estamos formando nossos estudantes para trabalhar em qual SUS?

No artigo 200 da Constituição Brasileira está explícito que o SUS é ordenador de recursos humanos para a saúde. A Lei 8080 e o decreto 7508 de 2011 ampliam e garantem o SUS como ordenador de recursos humanos.

Os avanços do SUS no país se refletem no processo de formação, tais como o projeto de agentes comunitários de saúde, a própria estratégia da Saúde da Família, mais recentemente a Política Nacional de Atenção Básica que, na

revisão de 2011 traz novos espaços e modalidades da atenção básica com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, atenção para a população ribeirinha, para a população de rua, a PNPS que está em revisão atualmente. Há ainda a Política nacional de educação permanente em saúde, de 2007. No âmbito da educação, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996, que dá liberdade para as instituições de ensino construírem seus currículos; as Diretrizes Curriculares Nacionais, de 2001 que orientam a formação dos profissionais de saúde para atuar no SUS, respeitando as necessidades da população brasileira. Ainda no contexto de formação, destacam-se as residências médicas, que muitas vezes são direcionadas às necessidades do mercado. Para exemplificar, sabe-se que não chega a 2% o número de médicos com especialidades em medicina de família e comunidade, tal como houve um atraso no reconhecimento das residências multiprofissionais em saúde.

A Educação Permanente em Saúde surge como estratégia de investimento na qualificação profissional para superar as deformações e deficiências na formação dos trabalhadores da saúde. Em 2003, foi aprovada, pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuada com a Comissão Intergestores Tripartite, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde para ser a política de educação do SUS. A Educação Permanente em Saúde surgiu como uma importante estratégia para a transformação das práticas e da organização dos serviços de saúde que deveriam ser construídas, prioritariamente, com base nos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho para, desta forma, propor um plano de ações relevante e de qualidade.

A Educação Permanente em Saúde vem também ao encontro das novas diretrizes curriculares propostas aos cursos de graduação da área da saúde, pois destina-se à transformação do modelo de atenção, fortalecendo promoção e prevenção, oferecendo atenção integral e fortalecendo a autonomia dos sujeitos na produção da saúde. Busca também a formação de um profissional crítico, capaz de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar atenção ética, humana e de qualidade.

Um dos desafios na área de educação permanente é como articular a educação permanente e promoção da saúde no contexto da saúde pública. A

grande questão é como articular a formação do profissional e as especificidades que o sistema único de saúde exige de forma a garantir uma maior adesão e continuidade do profissional na saúde pública. É preciso que se formem profissionais que sejam direcionados para atender as necessidades da população brasileira e não às necessidades do mercado.

No contexto da formação foram criadas iniciativas como os programas PROMED, PRÓSAÚDE, de 2005 e depois 2007, o Pet Saúde de 2008 ou o PróPetSaúde como é conhecido hoje. Esses programas propõem articular a estratégia de promoção da saúde com as necessidades de cada população que está no programa. Esses programas que focam na saúde pública permitem ampliar o conhecimento do estudante que muitas vezes com a formação restrita na teoria acabam sendo profissionais formados para atuarem dentro do modelo biomédico, hospitalocêntrico, para atuar sobre a doença e não sobre a saúde. Essa iniciativa pode superar um dos desafios atuais que é a diversidade de compreensão e atuação da promoção da saúde enquanto política pública do SUS. Na maioria das vezes a compreensão de promoção da saúde está ligada as formas de proporcionar qualidade de vida às pessoas, e muitas vezes é colocada como sinônimo de prevenção e educação em saúde.

Outro aspecto importante que deve ser considerado no processo de formação é a articulação do ensino com o serviço. Neste sentido, o período de prática do serviço deve ser incluído no processo de formação pois permite que o acadêmico esteja em contato com a rotina da profissão que ele escolheu para exercer, capacitando para enfrentar as peculiaridades do campo e permitindo que ele articule a teoria e a prática. Entretanto, um dos desafios que as faculdades e universidades estão vivenciando é a dificuldade de articulação com os campos de estágio devido à rotatividade de profissionais no campo de estágio, além da difícil comunicação para a construção do planejamento de estágio. Além disso, há necessidade que os núcleos formadores que os projetos de estágio estejam de acordo com as necessidades do campo, o que algumas vezes não acontecem, impedindo essa articulação do ensino e serviço.

Quando se fala de educação permanente, há que se considerar o investimento nos trabalhadores da saúde discutindo conceitos e metodologias de promoção da saúde, bem como os temas de territorialidade, as especificidades e diversidade dos territórios e financiamento. Ademais, a educação permanente deve considerar as especificidades do país e a sustentabilidade financeira.

Como pensar educação permanente e formação em saúde para promoção da saúde? Essa discussão guarda especificidades entre cidades maiores onde há universidades e cidades menores sem as universidades. Essa discussão também parte da articulação ensino e serviço, na qual é possível desenvolver a educação permanente em parceria com os serviços de saúde, revelando os princípios e valores da promoção tais como a construção coletiva, participação dos sujeitos, corresponsabilização, cogestão, institucionalização e sustentabilidade das ações.

As possibilidades de formação e pós-graduação como estratégia de educação permanente deve ser oportunizada com a produção de conhecimento contextualizado e resolvam as necessidades dos serviços de saúde.

Vale reforçar que no contexto da educação permanente e educação em saúde, a parceria ensino, serviço e, especialmente com a comunidade, é fundamental para concretizar os princípios tão caros de participação, construção coletiva, desenvolvimento de atividades individuais e comunitárias.

Os resultados do FORMSUS no processo de revisão da PNPS indicam que há uma demanda dos trabalhadores para educação permanente, educação e formação profissional, com desenvolvimento de competências e formação em saúde.

Assim, reafirma-se que a educação permanente é uma estratégia para propiciar avanços na consolidação da Política nacional de promoção da saúde.

AÇÕES LOCAIS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Simone Tetu Moysés – GT de Promoção da Saúde da ABRASCO

Nas consultas realizadas para a revisão da política de promoção da saúde um dos eixos que foi sugerido para ser incluído no tema da promoção da saúde foi a construção dos planos locais. Esse eixo aparecia na nossa proposta da versão inicial nos eixos temáticos, nos princípios e valores, nas estratégias de desenvolvimento. A partir das discussões feitas com diversos atores foi possível perceber as territorialidades como princípio da promoção da saúde considerando a aproximação do local como estratégia de operacionalizar ações de promoção de saúde, ambientes e territórios saudáveis ressaltando as peculiaridades de cada local.

É preciso que os gestores, acadêmicos, formadores e profissionais da saúde entendem o território como o local percebido, concebido e vivido. O espaço como meio da produção da própria realidade, cotidiano, considerando o cotidiano das pessoas e populações. Com isso, há a necessidade da aproximação com sentimento de pertencimento ao local para desenvolver estratégias de promoção da saúde.

Nesse sentido, a territorialização das políticas públicas representa uma oportunidade de democratizar as relações com o poder público. A potencialidade do eixo territorialidade está na capacidade de considerar as necessidades do território de forma a viabilizar o acesso aos direitos sociais e de reduzir iniquidades sócio territoriais, sem excluir nunca singularidades e diversidades locais. Destaca-se também a discussão de não considerar apenas as demandas locais, mas considerar também potencialidades locais.

Nesse contexto, para que seja efetivada a proposta de se pensar o território na formulação de estratégias de promoção da saúde é preciso que os municípios proponham ações intersetoriais sustentáveis no âmbito local, colocando a promoção da saúde como prioridade da agenda política, criando alianças locais

para melhorar as condições sociais, ambientais e sanitárias nos espaços onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam socialmente de forma a priorizar os temas locais que emergem de potencialidade e necessidades.

Um exemplo de como trabalhar a territorialização, pode ser pensado na construção de informações a respeito de territórios como um processo de vigilância integrada, focadas nos determinantes sociais da saúde. A vigilância deve estar centrada no reconhecimento do território, não exclusivamente para as doenças do território, mas nos aspectos ligados ao espaço delimitado ao território físico, geográfico, espaço de reconhecimentos de questões sócioeconômicas, ambientais, organizativas, equipamentos e programas, potencialidades e prioridades colocadas pela própria população local. Nesse sentido, deve-se reconhecer temas e estratégias mais adequadas para aquele espaço.

Outro exemplo da expressão da territorialização na promoção da saúde é a construção de políticas municipais de promoção da saúde, tal qual o processo que vem ocorrendo recentemente em Curitiba. Há outros exemplos nesse campo do desenvolvimento de planos locais, como a Rede de Cidades e municípios e comunidades saudáveis no Brasil; Rrede de municípios saudáveis do Nordeste, Rede de municípios potencialmente saudáveis, entre outras.

Os movimentos de desenvolvimento de política municipal de promoção de saúde são relativamente novos no Brasil, apesar de algumas cidades brasileiras já apresentarem mobilização neste campo.

Os planos locais de promoção de saúde e a territorialização das políticas públicas são questões importantes na política nacional de promoção de saúde que remetem à discussão do local, da convivibilidade e felicidade na construção de um espaço favorável à vida e à saúde.

EIXOS TEMÁTICOS TRANSVERSAIS, ESTRATÉGIAS E TEMAS PRIORITÁRIOS PARA O SETOR SAÚDE NA PNPS

Débora Malta – Diretora do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde do Ministério da Saúde

A apresentação propôs discutir os eixos prioritários e transversais, os valores e princípios da promoção da saúde. A discussão sobre promoção da saúde deve ser avançada na sua compreensão e na sua implantação quanto uma política transversal, integrada e intersetorial. Considera-se a intersetorialidade como uma forma bastante participativa, na qual deve se integrar a corresponsabilidade, cogestão e planejamento integrado, para que a promoção consiga atingir a coletividade e não se restringir apenas ao âmbito individual.

O âmbito individual pode ser entendido também como as ações que acontecem em nível local. Assim, a intersetorialidade também deve existir nas dimensões territoriais, estabelecendo então as relações de poder horizontais. Esse último talvez seja o grande desafio da promoção da saúde, ou seja, avançar na compreensão de que o planejamento deve ser integrado e intersetorial, traçando objetivos comuns. Por isso é preciso que os demais setores invistam em temas e ações de promoção da saúde com uma composição compartilhada do orçamento para a promoção da saúde. Atualmente, essa é uma responsabilidade quase exclusiva do setor saúde sendo necessário convocar o planejamento integrado e articulado, num chamamento de ação e apelo em defesa da vida, estabelecendo também parâmetros de monitoramento pautados em evidências de boas práticas, bem como indicadores com métricas adequadas à promoção da saúde.

No que se refere ao desafio do gasto intersetorial em saúde, é importante destacar o definido na Lei Complementar 141/2012, quanto ao que representa

gastos com saúde, tal como despesas com ações e serviços públicos de saúde que incluem:

I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde;

XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Por outro lado, de acordo com a Lei 141/2012, não se constituem despesas com ações e serviços públicos de saúde:

I - pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;

II - pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;

III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;

IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;

V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;

VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

VIII - ações de assistência social;

IX - obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

X - ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

Neste contexto, é importante situar que há uma compreensão de que o investimento no espaço e na reformulação do espaço urbano para a Academia da saúde não representa gasto em saúde, sinalizando os desafios que estão colocados para fazer avançar a perspectiva do financiamento intersetorial da promoção da saúde.

A nova PNPS revisada apresenta em sua estrutura:

- Eixos Transversais são referências para que a construção de agenda em promoção da saúde, suas estratégias e temas priorizados sejam consonantes com os princípios e valores do SUS e da PNPS.
- Estratégias Operacionais indicam linhas de ação para operar os eixos transversais, de acordo com princípios, valores, objetivos e diretrizes da PNPS.
- Temas priorizados pelo Ministério da Saúde foram elencados em decorrência das evidências das ações realizadas desde 2006, das normas e regulamentos vigentes, de acordos nacionais como: Plano Nacional de Saúde, pactos interfederativos, planejamento estratégico, e internacionais firmados pelo governo brasileiro.

Nesse sentido, os eixos transversais definidos para a nova Política foram: determinantes sociais e saúde, equidade e respeito à diversidade; desenvolvimento sustentável; redes de produção social da saúde e do cuidado; ambiente e territórios saudáveis; vida no trabalho e cultura da paz.

Os temas prioritários definidos no âmbito da nova PNPS foram: Formação profissional e Educação permanente; Alimentação adequada e saudável; Práticas corporais e atividades físicas; Enfrentamento do uso de produtos derivados do tabaco; Enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas; Promoção do Trânsito seguro e sustentável; Promoção da Cultura da paz e Promoção do desenvolvimento sustentável. Esses foram temas propostos na Política de 2006 e, que segundo a avaliação dos respondentes do FORMSUS, representam áreas essenciais para a promoção da saúde.

É importante reforçar que qualquer tema prioritário deve ser desenvolvido considerando os eixos transversais e as estratégias operacionais: território, articulação de cooperação intra e intersetorial, participação e controle social, gestão, educação, vigilância e monitoramento da avaliação, promoção e disseminação de conhecimentos e saberes e comunicação e mídia.

A materialidade da matriz da promoção da saúde pode ser exemplificada com a indicação de ações, espaços e práticas que revelam a radicalidade que se quer na implementação de cada uma das prioridades no campo da promoção da saúde. A figura a seguir demonstra como pode ser feita a implementação, por exemplo, tendo como eixo o tema trânsito.



Nesse exemplo é preciso pensar, em relação à equidade e respeito às diversidades, como que a gente respeita as diversidades do ponto de vista do transporte? Como reduzir as iniquidades do ponto de vista do deslocamento e acesso à transporte coletivo e desenvolvimento sustentável? Assim, a mobilidade urbana devem ser construída na perspectiva do cidadão e não dos carros, pensando em ambientes e territórios saudáveis, vias e estradas seguras e cultura da paz.

O tema da promoção da saúde no SUS tem seu marco em 2006. Em 2014, estamos construindo a história com o processo de revisão.

DIA 16/05/2014

SEMINÁRIO NACIONAL DE REVISÃO DA POLÍTICA
NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

OFICINA EM GRUPOS

As Oficinas tiveram como objetivos analisar e discutir os resultados do processo da revisão da PNPS, especificamente os temas prioritários, eixos transversais, as estratégias operacionais da nova PNPS. Foram realizadas considerando um roteiro previamente definido para discussão da matriz (Figura 2 – página 52) da nova política.

Os participantes foram distribuídos em salas, com material disponível para o trabalho (papel craft, pincéis, TNT, tarjetas e cola). Foram divididos 06 grupos para discussão dos temas prioritários indicados para a nova PNPS (Grupo 1: Formação profissional e Educação permanente; Grupo 2: Alimentação adequada e saudável e Práticas corporais e atividades físicas; Grupo 3: Enfrentamento do uso de produtos derivados do tabaco e Enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas; Grupo 4: Promoção do Trânsito seguro e sustentável; Grupo 5: Promoção da Cultura da paz e Grupo 6: Promoção do desenvolvimento sustentável).

Inicialmente foi disponibilizada uma lista pré-definida com os participantes dos grupos. No entanto no momento das oficinas foi sugerida a escolha aleatória dos participantes de acordo com as afinidades com os temas prioritários.

Cada Grupo foi conduzido por um ou dois facilitadores e observados por um relator.

De modo geral, os grupos apontaram a complexidade da matriz da nova PNPS com eixos transversais, estratégias operacionais, temas prioritários, além dos princípios e valores que devem fundamentar as ações de promoção da saúde.

Frente a essa complexidade, as dinâmicas foram diversas e os grupos se voltam alguns para a análise da matriz outros para a discussão dos eixos transversais, resultando numa síntese.

GRUPO 1 – FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE

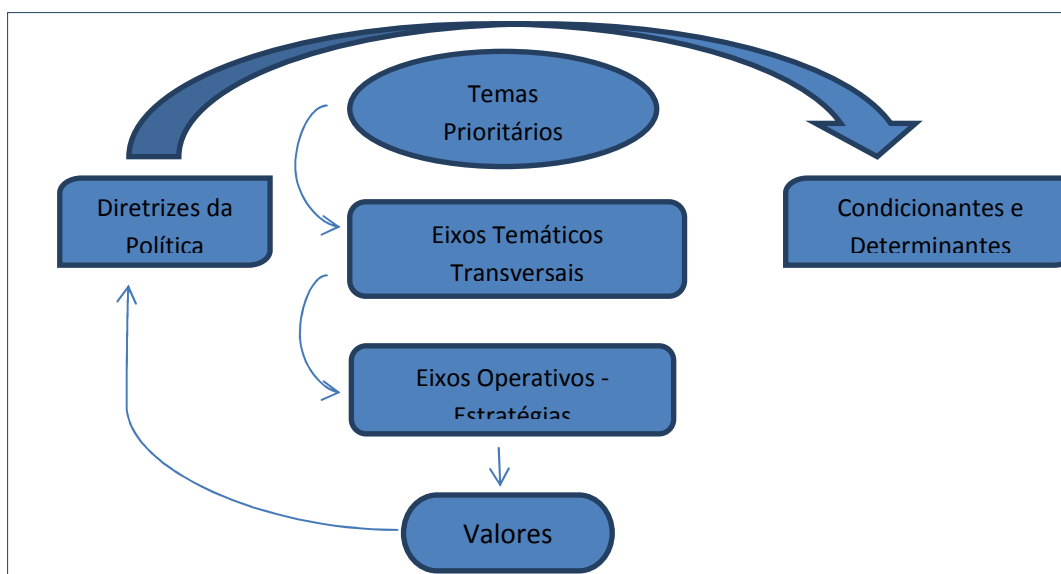
A facilitadora inicia o encontro com apresentação dos objetivos da oficina e os propósitos da temática “Formação Profissional e Educação Permanente” dentro da revisão da Política Nacional de Promoção da saúde (PNPS). Em seguida, sugere a apresentação de todos os participantes, destacando o seu vínculo e o interesse pela temática. A oficina contou com a participação de 28 pessoas, envolvendo entre eles representantes dos conselhos municipais e estaduais de saúde, referências técnicas do Ministério da Saúde, gestores/coordenadores de secretarias de saúde, docentes, discentes e pesquisadores.

Após apresentação, alguns participantes pontuaram questões em relação aos eixos temáticos propostos pela revisão e também sobre o processo de construção da revisão. Salientaram que:

- há uma repetição do que já está dito na política atual, no qual os temas se repetem ou diferenciam como eixos transversais ou temas prioritários;
- Os temas prioritários não foram os que mais emergiram nas oficinas anteriores. E os que foram definidos já estão contemplados na política atual.
- Os valores estão pouco descritos, sendo eles os mais complexos para aplicar e explicar;
- Um representante do Conselho Estadual de Recife questiona a pouca participação de representantes dos conselhos nas oficinas anteriores, que tiveram a prevalência de gestores e representantes da universidade.
- apontam a complexidade da matriz da nova política, o que requer pensar em como trabalhar essa nova estrutura para deixá-la mais clara.

Diante os questionamentos e a complexidade salientada, a facilitadora Regiane Rezende explana sobre o que se compreende os pontos trabalhados na nova proposta. De forma esquemática, descreve o fluxograma utilizado nas Oficinas regionais (Figura 4) e que orientou a elaboração dos eixos da Política.

Figura 4 - Fluxograma utilizado nas Oficinas regionais



No primeiro momento da discussão o grupo sugere:

- Incluir a palavra Formação no item 5 do Tópico VI – Estratégias Operacionais (página 7 da nova PNPS) passando a nova redação a ser Educação e formação.

- Rever texto da página 7 e 8 no Tópico VII sobre a descrição do tema prioritário “Formação profissional e Educação permanente”: retirar grades curriculares e melhorar a descrição.

- Rever o título do tema prioritário “Formação profissional e Educação permanente” que consideram estar distante e complexo para o gestor. O gestor precisa compreender o seu papel na formação profissional.

Especificamente em relação ao Tema Prioritário Formação Profissional e Educação permanente os participantes salientam os desafios sobre a compreensão de Educação Profissional (nível técnico e graduação) e Educação Permanente.

- Sugerem rever a descrição do tema prioritário que parece, na perspectiva dos participantes, ter o foco na formação profissional em saúde. Sugerem ampliar e pensar a formação na perspectiva intersectorial e nos diversos campos interdisciplinares, como a formação dos profissionais da educação e a assistência social. Indicam que a compreensão do conceito de “Educação” na

PNPS não pode estar relacionada apenas ao direcionamento de conteúdos programáticos e aquisição de conhecimentos pois deve abranger também a educação básica.

- Uma participante sugere redação do tema prioritário para “Educação permanente em saúde, educação e formação para a promoção da saúde - Mobilizar e sensibilizar as comunidades para o desenvolvimento de ações de educação e formação, considerando as perspectivas intra e intersectorial para o conhecimento e o fortalecimento da promoção da saúde; incluir nos espaços de educação permanente em saúde, a promoção da saúde.”

Em síntese, destaca-se nesse primeiro momento da oficina a necessidade de rever alguns conceitos e definições para descrever o tema prioritário, dentre eles:

- ✓ Termos e definição a serem revistas: Educação, Formação, Educação Permanente.

Educação → Permanente

→ Outros espaços

Formação → Profissional

→ Técnico

- ✓ Metodologias: Que tipo de metodologias a serem utilizadas, considerando a questão local e a educação popular.
- ✓ Como trabalhar inter/ intransetorialidade?

Após discussão da proposta do tema prioritário, iniciou-se a divisão de pequenos grupos de acordo com cada Eixo Temático Transversal: DSS, equidade e respeito a diversidade; desenvolvimento sustentável; redes de produção social da saúde e do cuidado; ambiente e territórios saudáveis; vida no trabalho e cultura de paz.

A divisão dos grupos ocorreu com base na posição espacial dos participantes, sem considerar a afinidade aos eixos. Garantiu a participação de no mínimo 4 membros em cada grupo. Após a divisão dos grupos, foi indicada a discussão e elaboração de propostas de ação direcionadas ao tema prioritário “Formação e Educação permanente”, considerando os eixos temáticos transversais, estratégias operacionais e os princípios e valores. Em seguida, as propostas foram dispostas em um painel para sua visualização geral.

Ficou evidente nesse momento a dificuldade dos participantes de compreender a atividade proposta e como pensar a articulação dos eixos e valores. Foram necessárias várias explicações e exemplificações, reforçando a complexidade da matriz.

Após apresentação de cada grupo, foram salientadas algumas sugestões de como operacionalizar a nova PNPS. Sugerem ainda, rever o termo: Cultura de paz. Sugere “Cultura de paz e direitos humanos”. Pontuam essa proposta na perspectiva de ampliar a articulação intersetorial. Destacam os desafios de pensar em ações que contemplem todos os eixos transversais, os valores e as estratégias operacionais.

Figura 5 - Quadro síntese da discussão do Grupo Formação profissional e Educação permanente

	DSS, equidade e respeito a diversidade	Desenvolvimento sustentável	Redes de produção social da saúde e do cuidado	Ambiente e territórios saudáveis	Vida no trabalho	Cultura de paz
Territorialização	<p>Articulação com lideranças locais e usuários para pactuação do planejamento e prioridades do território.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educação formal trabalhada a partir da leitura do território onde está. - Contemplar os territórios de maneira equânime. 	<p>Perfil da atividade preponderante e problemática.</p> <p>Pensar estratégias de abordagem na lógica da Educação e Saúde.</p> <p>Respeitando as diversidades.</p>	<p>Reconhecer no processo de educação e formação as experiências e práticas comunitárias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico local/ situacional: . Levantamento de acessibilidade/ mobilidade . Tratamento e destino adequado do lixo . Criação de áreas verdes . Espaços para práticas corporais. 	<p>Ação: Incentivo ao consumo de alimentos saudáveis nos eventos de gestão pública.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Levar em consideração a cultura alimentar local. 	<p>A educação deve promover o trabalho em conjunto: profissionais e comunidade, na perspectiva de fortalecimento de redes solidárias.</p>
Articulação e cooperação intra e intersetorial	<p>Proposta metodológica para promover o diálogo que aproxime os diferentes atores.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educação voltada a intersetorialidade, não apenas aos profissionais de educação e de saúde. 	<p>Identificação de atores-chaves.</p> <p>Criação de corresponsabilidades.</p>	<p>A educação/ formação para a promoção da saúde deve contemplar competências cognitivas, de habilidade e de atitudes – redes de promoção da saúde e desenvolvimento social.</p>	<p>Articulação e cooperação intra e intersetorial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MMAÇ - Saúde; - Educação; - Cidades; - Cultura; - Esporte e lazer; - Academia (graduação e pós-graduação). 	<p>Articulação: Diálogo com parceiros internos e externos para fomentar a ação.</p>	<p>Desconstruir as práticas de discriminação nos serviços de saúde.</p>

Participação e controle social	Garantir espaços de construção coletiva. - Participação do controle social, respeito as diversidades.	Fortalecer redes comunitárias e conselhos locais. Participação e Inclusão social.	Democracia e participação: compromissos da gestão.	- Comissão intersectorial (diversos conselhos) - Comitê local (instituir).	Convite do Conselho Local de Saúde para a definição da ação. Submeter a proposta da ação ao Conselho Local de Saúde.	
Gestão	Pensar os DSS do território: quais profissionais que atuam neste território? Quais os DSS que eles identificam conjuntamente para mudar a situação de saúde.	Qualificação de ações regulatórias (legislação). Saneamento. Humanização e corresponsabilidade. -Compromisso das três esferas de governo na continuidade da formação. - Mudanças na gestão que influenciam o compromisso e continuidade da formação/ educação permanente.		Gestão: - Planejamento integrado - Envolvimento programa Academia da saúde.	Qualificar os processos licitatórios com vistas a diversificação da oferta. Criar um grupo de cogestão da ação.	Discussão sobre o assédio moral e violências institucionais na formação profissional e educação permanente.
Educação	Patuação da gestão local sobre ações e cuidados realizados no território. - Formação focada nas demandas/necessidade do território e não no currículo do profissional – maior equidade na oferta de vagas. - Formação/educação que dê respostas as reais necessidades da	Rodas de conversa; potencializar espaços convivências; articulação com programas: ex. PSE. Produção campanhas e materiais. Inclusão social, criatividade e ética.		Educação: - Campanhas - Elaboração de material educativo - Sensibilização de autoridades - Comemorações pontuais (Ex. Dia da árvore).	Criar espaços de discussão junto aos trabalhadores sobre a ação e a sua adequação para outras situações.	Produção de material didático específico sobre a temática cultura da paz

	população/território.					
Vigilância, monitoramento e avaliação	Incorporação dos DSS do território no processo de formação/educação permanente.	Produzir/construir indicadores de acompanhamento. Acompanhar e avaliar notificações VBS e Rede Hospitalar (urgência/emergências). Pertencimento, Respeito as diversidades e flexibilidade.		Vigilância, monitoramento e avaliação: - Inquéritos - Pesquisas - Indicadores ambientais. - Apropriação dos sistemas de informação para leitura dos determinantes sociais do território.	Avaliar qualitativamente em uma perspectiva participativa a pertinência da ação para a criação ambiente saudável.	
Produção e disseminação de conhecimentos e saberes	Formação multiprofissional ampliando a troca de saberes e a valorização do saber do outro	Empoderar comunidades com as informações coletadas em qualquer espaço de produção da saúde.		- Capacitação - Treinamento - Campanhas.	Divulgar entre os participantes o resultado da avaliação realizada e definir coletivamente estratégias de disseminação do quanto produzido.	
Comunicação e mídia		Utilizar meios de comunicação de massa para potencializar ações. Criatividade, respeito as diversidades e ética.		- Comunicação social - Saber popular - Mídia escrita, falada, televisionada - Redes sociais.	Criação de materiais e de espaços de divulgação sobre os alimentos e receitas criadas ou utilizadas durante a ação.	

GRUPO 2 – ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL

O facilitador inicia o encontro com apresentação dos objetivos da oficina e da estrutura da proposta da PNPS revisada. Em seguida, sugere a apresentação de todos os participantes. A oficina contou com a participação de conselheiros dos conselhos municipais e estaduais de saúde, referências técnicas do Ministério da Saúde, gestores/coordenadores de secretarias de saúde, docentes, discentes e pesquisadores.

Após apresentação, o facilitador expõe a árvore da PNPS e lança questões de direcionamento da discussão: como trabalhar os temas prioritários de forma coerente com os eixos transversais? Quais estratégias podem ou devem ser utilizadas?

Ocorre a leitura coletiva dos princípios e valores e dos eixos transversais e os participantes iniciam a discussão pontuando a diferença entre princípios e valores. De modo geral, a compreensão é que *Princípio refere-se a* início, base, fundamento, sustentação, aquilo que dá à PNPS uma consistência e *Valor refere-se àquilo que* dá sequência aos princípios, representam o que se almeja aos e dos sujeitos; são guias da forma com a qual indivíduos e instituições vão interagir com os sujeitos. Não se trata de uma indução, mas de um processo de construção, que provoca mudanças mas não pela via comportamentalista. Nesse processo, os primeiros a serem sensibilizados somos nós mesmos (profissionais e instituições) que precisamos abraçar e acreditar nos valores, para compartilhá-los.

Frente a essas definições, o grupo discute a Felicidade como um valor. O grupo pontua que a Felicidade seria um produto. Os participantes sugerem que os processos de construção da autonomia e empoderamento caminham aliados e exigem o desenvolvimento de habilidades e competências. Reconhecem que a expressão “Vínculo” não está listada entre os princípios e valores, contudo, há descrito o valor Pertencimento que, de certa forma inclui e expande o vínculo.

Após a discussão dos princípios e valores, o grupo se volta para a discussão da matriz com os *Eixos transversais, Estratégias e Temas Prioritários*.

A discussão é iniciada pelo Tema Alimentação Adequada e Saudável. Os participantes discutem a operacionalização do Tema perpassando os eixos transversais e as estratégias operacionais da matriz proposta, resultando no Quadro síntese a seguir.

Destaca-se a discussão sobre o enfrentamento das corporações que caminham no sentido oposto dos princípios e objetivos das políticas públicas de saúde. Reconhecem que a regulamentação precisa avançar na melhoria/proteção do ambiente alimentar.

Finalizam a discussão propondo as seguintes estratégias para trabalhar o tema da Alimentação Adequada e Saudável:

- Diagnosticar território em termos culturais e produtivos,
- Articulação de rede de consumidores e produtores, tentando retirar os intermediários;
- Informação sobre alimentação saudável nas escolas;
- Fomento à agricultura familiar;
- Criação de um observatório sobre alimentação saudável;
- Fomento às pesquisas sobre alimentação saudável em parcerias com as universidades;
- Desenvolvimento de campanhas publicitárias sobre o tema alimentação saudável.

No Tema Atividade Física e Práticas Corporais, o grupo também discutiu aspectos mais gerais da matriz. Foram levantadas questões tais como a ampliação da perspectiva do tema com a inclusão ao lazer; a importância dos ambientes saudáveis; a territorialização e a demandas locais como orientadores para a ação; reconhecimento dos aspectos culturais e da diversidade na definição do eixo prioritário.

O grupo reconhece que a mobilização social é essencial à indução de medidas regulatórias que sejam convergentes com os anseios da população e/ou representações sociais sobre Atividades físicas e práticas corporais.

Figura 6 - Quadro síntese da discussão do Grupo Alimentação adequada e saudável

DSS, equidade e respeito a diversidade	Desenvolvimento sustentável	Redes de produção social da saúde e do cuidado	Ambiente e territórios saudáveis	Vida no trabalho	Cultura de paz
Alimentação adequada e saudável					
Identificar hábitos alimentares: cultura, acesso físico-financeiro (diversidade)-ambiental (biodiversidade).	Modos de produção de alimentos sustentáveis: agricultura familiar.	Cuidado em saúde deve estar próximo da Alimentação saudável. Apropriação dos trabalhadores.	Identificar nos territórios as potencialidades para SAN.	Exposição aos agrotóxicos: agricultores familiares e consumidores.	Induzir ações de aumento e proteção da renda. Ex. oficinas...
Identificar população em risco nutricional		Consumo de alimentos e a relação com modos de produção (orgânicos e agrotóxicos).	Escolas, unidades de saúde, etc. Corresponsáveis da construção de ambientes saudáveis.	Proteção contra interesses comerciais e econômicos contrários a alimentação saudável.	
Equidade nos modos de produção e distribuição dos alimentos.		Estratégias que facilitem acesso aos alimentos: promover equidade no abastecimento: agricultura familiar x grandes mercados	Desenvolvimento de habilidade para enfrentar as modificações no consumo de alimentos (ex. cozinhar, culinária).	Criação de ambientes promotores da Alimentação Saudável: espaços para aleitamento materno, cantinas, restaurantes...	
Práticas corporais e atividade física:					
Ambientes salubres e que favorecem a prática da		Cidades saudáveis: cidade enquanto	Fortalecer o uso dos espaços adequados às	Proteção: a exposição da	

atividade corporal: respeitar/considerar clima/ambiente locais.		um espaço de produção de práticas corporais e atividades físicas. (Ex. ciclovias).	práticas corporais, atividade física (cidade/campo).	mídia, marketing, comunicações.	
Identificar práticas corporais realizadas pela comunidade: valorizar práticas e espaços, cultura.		Mapear os espaços já existentes e fortalecer/repensar o uso.	Parcerias profissionais e comunidade: comunidade definindo atividades, locais, processos.	Trabalho enquanto indutor de práticas corporais/ atividade física.	
Mobilizar a sociedade para esta construção do saudável, ambiente saudável.		Atividades que respeitem e incluam os ciclos de vida.	Fortalecer as práticas corporais e atividade física como parte do processo de cuidado.		

GRUPO 3 – ENFRENTAMENTO DO USO DE PRODUTOS DERIVADOS DO TABACO E ENFRENTAMENTO DO USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

As facilitadoras iniciam o encontro com apresentação dos objetivos da oficina e da estrutura da proposta da PNPS revisada. Em seguida, sugere a apresentação de todos os participantes. A oficina contou com a participação de 13 pessoas, envolvendo entre eles conselheiros de saúde, referências técnicas do Ministério da Saúde, gestores/coordenadores de secretarias de saúde e de outros setores e docentes.

O grupo discutiu o Tema Prioritário Álcool e outras drogas e Enfrentamento do uso de produtos derivados do Tabaco levando em consideração as estratégias e os eixos operacionais e propuseram ações. Cada participante expressou verbalmente sua expectativa em relação à oficina. Os participantes colocaram a expectativa de sair mais preparados para conduzir os processos sobre álcool e drogas nas escolas, na saúde e particularmente no que diz respeito às estratégias para enfrentamento no âmbito local. A facilitadora do grupo definiu de 2 a 3 minutos por fala de cada participante para que todos os envolvidos pudessem se manifestar.

O grupo discute três enfrentamentos necessários para trabalhar a temática: com a indústria orientada pelo capitalismo, com a escola considerada um espaço ideal para discussão da temática mas não o único lugar e, finalmente com a comunicação e mídia, que deve superar o estímulo ao uso de álcool e drogas, se articulando como um aliado das políticas públicas.

Foi consenso entre o grupo que a temática deve ser trabalhada de forma intersetorial e focada em todas as classes sociais, pois é uma questão que afeta a todos. É preciso envolver todos os atores (controle social, gestores e população) para definirem quais são as melhores estratégias para serem feitas no âmbito micro estrutural da sociedade.

O grupo ressalta a importância de incluir a temática na formação principalmente dos educadores, pois o uso de drogas avançou bastante entre

os jovens e os educadores no âmbito local não conseguem lidar com situações que envolvem o tema. Indicam a inclusão de ações para adolescentes e jovens no âmbito local, tanto nas UBS quanto nas escolas.

De modo geral, a discussão perpassou os eixos transversais com foco nas estratégias operacionais da matriz proposta. O produto da discussão está ilustrado no Quadro a seguir.

Destaca-se na discussão o entendimento de que o Tema Álcool e Drogas/ Tabaco exige a atuação multiprofissional; educação não punitiva e articulação intersetorial. Contudo, ressaltam que a ação da segurança pública deve ser revista.

Reconhecem a dissociação entre os interesses econômicos e capitalistas do consumo do uso de bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas e os interesses da saúde coletiva e da promoção da saúde para o enfrentamento desse cenário que vem atenuando na sociedade contemporânea. Assim, o enfrentamento do “mercado” foi uma discussão constante.

Um participante relatou a questão da dificuldade de ascensão profissional e a dificuldade de oportunidade de trabalho, e considerou que isso implica no consumo de álcool e drogas, remetendo ao eixo transversal Vida no Trabalho. Esse participante considera que todas as propostas feitas pelo Estado são direcionadas para o público mais vulnerável e isso gera uma situação de exclusão na sociedade.

No que se refere à Rede de produção social da saúde e do cuidado, os espaços dos hospitais e dos serviços de saúde mental foram lembrados como desafios para enfrentar o uso de álcool e drogas, além do tráfico.

O grupo ressaltou os valores que estão implícitos no uso de álcool, drogas e tabaco reforçando que a mídia e a sociedade constroem uma visão de Felicidade associada ao uso desses produtos. Para o enfrentamento é necessário ter políticas de combate a “banalização” e “naturalização” do uso de drogas, superar o “mercado da droga” criando estratégias e oportunidade de emprego e de ascensão. Neste sentido, as políticas institucionais devem

contribuir para o enfretamento do “modelo de sucesso” e de “ascensão social” que hoje é representada pela figura do traficante.

O grupo sugere que os municípios enfrentem as diferentes motivações para o uso de drogas; seus fatores de risco e formas de proteção. Apontam a dificuldade de financiamento para a temática, além do investimento na formação dos profissionais.

Concluem que os temas prioritários Enfrentamento do uso de produtos derivados do tabaco e Enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas é multideterminado e requer ações sobre os DSS numa perspectiva intersetorial.

Figura 7 - Quadro síntese da discussão do Grupo Enfrentamento do uso de produtos derivados do tabaco e Enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas

Territorialização	Articulação e cooperação intra e intersetorial	Participação e controle social	Comunicação e mídia	Produção e disseminação de conhecimento e saberes	Vigilância, monitoramento e avaliação	Gestão	Educação
Intensificar segurança pública	Negociar com o MEC a obrigatoriedade de inclusão da abordagem comportamental “modelo teórico” nos currículos da área da saúde	Orientações e apoio governamental às famílias	Políticas de promoção da família que afetam sua estruturação: equipamentos sociais Campanhas intersetoriais direcionadas para “desnormalizar” o consumo e explicar as políticas	Discutir com a sociedade felicidade e fontes de prazer	Conhecer os fatores de risco, avaliar as estratégias a serem utilizadas e implantar as medidas preventivas	Fortalecer a fiscalização no uso do recurso público nos municípios	Investimentos em ações educativas para habilidades para a vida”
Fomento nacional para criação de alternativas locais de ascensão social	Potencializar o trabalho da unidade de saúde com a unidade escolar e vice versa	Participação permanente	Enfrentamento das mídias e redes de comunicação social para informar e discutir com as coletividades	Discutir uso abusivo versus uso social experimental	Realizar estudos e analisar os inquéritos em saúde de forma a monitorar e avaliar as condições de saúde da população para tomada de	Fortalecer e ampliar as redes de saúde mental	Adoção de modelos pedagógicos para o jovem

					decisão e mudanças		
Estabelecer diagnóstico situacional local considerando os DSS e o território vivo	Políticas governamentais para esporte, lazer e cultura	Educação permanente para o controle social	Restrição das propagandas e locais de venda de álcool	Usar os espaços do programa academia da saúde, espaços de convivência e vivência e disseminar os saberes e conhecimentos	A educação como agente nº1 de formação	Implantar equipes de saúde do 3º turno	Perspectiva crítica (consumo, capitalismo e mercado)
Ampliar ofertas de esporte, cultura e lazer	Fortalecer programa de adolescentes nas UBS em parceria com as escolas Parcerias efetivas com igrejas para informação	Estabelecimento de vínculos contínuos com a gestão	Regular a mídia da indústria de álcool visando dissociar a imagem construída de álcool como algo que traz felicidade, comemoração e socialização		Disseminar e fixar desde o início a responsabilidade e sociais e cidadania como princípio de reforçar que os direitos e deveres andam lado a lado	Oficializar e implementar residências terapêuticas em regulamentação	Pedagogia do medo
Favorecer escolhas mais saudáveis	Atuação e prática da intrasetorialidade		Utilizar a “Pedagogia do medo” versus imagem mágica para divulgação na mídia dos riscos do uso	Abstinência versus redução de danos	Implementar a ação educação em saúde com prioridade aos adolescentes e crianças	Continuidade de ações e fortalecimento financeiro e técnico	Fortalecer a função social do sistema educacional para a escola não ser vista como “mera” executora
Estimular os trabalhos em grupo (na escola, na ubs) com os adolescentes e jovens	Impacto das políticas de educação, transporte, trabalho, esporte, comunicação, saúde nos processos de					Planejamento adequado no tempo certo	Capacitação de professores do ensino fundamental e médio em temas transversais

	busca pelas drogas						
	Favorecer e estimular a integração entre as secretarias de saúde e educação, ao realizar os seus planos de trabalho					Incorporação de todas as profissões de saúde na atenção básica para troca de saberes	Incluir no PPP das escolas a obrigatoriedade e de se trabalhar valores sociais SER versus TER
	Enfrentamento do setor educacional para parcerias solidas na formação nos ensinios fundamental, medico e superior					Enfrentamento das industrias com políticas reguladoras governamentais e ações fiscalizadoras sobre os pontos de venda do tabaco	Propor ações da escola incorporadas a um projeto político pedagógico, cuja o plano de ação é revisado todo inicio de ano.

GRUPO 4 - PROMOÇÃO DO TRÂNSITO SEGURO E SUSTENTÁVEL

A facilitadora inicia a Oficina com uma contextualização sobre a matriz de eixos transversais, princípios e valores que compõe a nova política de promoção da saúde. Anunciou que a proposta da oficina era trabalhar a temática do trânsito dentro da matriz. Situou ainda que as oficinas atuam como uma estratégia no processo de mudança da política de promoção da saúde, destacando a importância do evento.

A seguir, os participantes alunos, docentes e gestores apresentaram-se e falam das suas expectativas em relação à oficina. Destaca-se o clima de cooperação manifestado na expectativa de compartilhar experiências e estratégias. Durante a apresentação alguns participantes deixaram clara a questão da dificuldade em se trabalhar a intersetorialidade. Outra questão também trazida logo ao início da oficina foi o problema da quantidade de motocicletas e o alto número de acidentes com vítimas e a importância de se trabalhar com os urbanistas tentando fazer estruturas acolhedoras.

Os participantes enfatizaram a questão da inclusão do homem no contexto do trânsito. Eles ponderam a importância de incluir nas políticas de saúde do homem e do trabalhador as discussões acerca do trânsito.

Alguns participantes se mostraram desiludidos com a proposta do trânsito sustentável. Para eles não existe trânsito sustentável na sociedade contemporânea. A questão do trânsito está muito mais relacionada ao transporte e a circulação de veículos e, quando se amplia o olhar para as questões ambientais não é aproximado o conceito de promoção da saúde.

A facilitadora lembra que a promoção da saúde é um processo de empoderamento, capacitação, amorosidade, felicidade e colocando assim o cidadão como protagonista. Dessa forma o processo é configurado como lento, mas que deve ser permanente no cotidiano da sociedade.

Uma representante do Ministério da Saúde expõe a experiência do Projeto Vida no Trânsito. Segundo ela esse projeto avança nessa discussão do trânsito, pois o conceito usado para definir as diretrizes do programa é mais

ampliado. Entretanto, ainda existem algumas dificuldades quanto a operacionalização do projeto, mas que já foram criadas estratégias para solucionarem esses problemas.

Alguns participantes relataram para o grupo dificuldades vividos em âmbito local, como o caso de Recife que enfrenta problemas com excesso de carroceiros nas ruas da cidade.

A equidade foi ressaltada de forma evidente onde todos devem ter os mesmos direitos, ou seja, aquele que precisa mais tem prioridade. Em relação a criação das faixas de exclusivas para ônibus, os participantes reconhecem que essa alternativa pode gerar conflitos, pois cria-se uma diferenciação entre veículos grandes e pequenos.

Considerando o contexto dos conflitos e embates de interesses, o advocacy tem sido muito discutido pensando em um entorno mais saudável e seguro. O grupo sugere que **“advocacy” tem que ter mais um destaque como eixo operacional na nova PNPS**. A vida do trabalhador também se manteve constantemente em pauta na oficina, pois esses enfrentam o trânsito diariamente ficando assim expostos aos riscos diários e as doenças crônicas.

Ao final da exposição do grupo, foram entregues as cartolinas para que os participantes pudessem trabalhar as estratégias operacionais. Foi construído um painel para que os eixos temáticos transversais fossem expostos. A representante do Ministério da saúde retoma os trabalhos dizendo a importância em valorizar as pessoas na perspectiva de um planejamento integrado. É necessário incluir as pessoas, instituições, entre outros para o processo de construção coletiva e comunicativa das diferentes ações nos eixos estratégicos.

Foi consenso entre o grupo que as discussões sobre trânsito devem permear o contexto do território, pois o cotidiano vivido nesse espaço define quais as estratégias mais eficazes para o seu enfrentamento. Para o grupo, as estratégias propostas para o trânsito no âmbito local são basicamente a criação de faixas de pedestre, entre outros.

Houve muito compromisso e dedicação dos participantes no trabalho de refletir criticamente sobre o tema do trânsito na política de promoção da saúde. Destacaram como essencial a participação dos gestores municipais de saúde, que enriqueceram bastante as discussões e contribuíram para incluir a visão do âmbito local. Contudo, para a maioria dos participantes a promoção da saúde no trânsito trabalha para reduzir morte e lesão, ou seja no sentido de prevenção de agravos.

Propostas de mudança e sugestões

- O grupo sugeriu a mudança do tema Trânsito seguro e sustentável para: Mobilidade segura e sustentável. Houve ainda a proposta do tema ser intitulado “Mobilidade cidadã segura e sustentável”.
- Os participantes pontuaram que os transportes fluviais e aéreos devem ser incluídos nas discussões da promoção da saúde no trânsito e na política de promoção da saúde.
- Sugere também a inclusão do advocacy na política de promoção da saúde no trânsito e a mudança na nomenclatura do eixo transversal comunicação e mídia para Comunicação social.
- Indicam que o eixo Gestão, deve incluir também as expressões regulação, legislação.
- Priorizar ações voltadas aos usuários com maior fragilidade e vulnerabilidade
- Promoção de mobilidade segundo as prioridades diagnosticadas sem, no entanto deixar de lado os direitos e necessidades dos grupos específicos.
- Incluir a saúde do homem
- Incluir os ACS na discussão sobre o tema

Figura 8 - Quadro síntese da discussão do Grupo Promoção do trânsito seguro e sustentável

Territorialização	Articulação e cooperação intra e intersetorial	Participação e controle social	Comunicação e mídia	Produção e disseminação de conhecimento e saberes	Vigilância, monitoramento e avaliação	Gestão	Educação
Intervenção integrada com base no diagnóstico	Articulação com a capitania dos portos para a fiscalização de embarcações e educação para condutores de transportes fluviais	Participação social de grupos de barqueiros, patinadores, motociclistas, ciclistas, pessoas com deficiência	Promover campanhas sobre paz no trânsito	Valorização dos saberes existentes	Monitoramento público nas escolas e centros de formação de condutores	Realizar diagnóstico de recursos humanos no trânsito	Medidas de educação para o trânsito seguro como política pública (local)
Requalificação dos espaços	Articulação e integração dos serviços no território	Inserção de subcomissões em projetos estaduais e municipais de movimentos sociais	Divulgação de vídeos impactantes, emocionais a fim de provocar um choque de realidade	Promover e divulgar as pesquisas junto aos gestores, sociedades para as novas atitudes na mobilidade cidadã	Avaliar a efetividade da lei seca	Gestão ouvindo todos os seguimentos e trabalhar sempre em parceria com os atores envolvidos	Promover ações com as escolas sobre a relação de respeito como direito de cidadania
Identificação dos espaços			Intensificar as campanhas educativas nas escolas através do PSE	Divulgar o resultado dos riscos para a sociedade por meio de painéis, mídia e outros	Acompanhar e avaliar junto aos DETRANS o impacto dos resultados das ações para a redução da	Ações de fiscalização de rotinas articuladas com os órgãos competente	Educação permanente com motoristas de transporte coletivo, sindicato de

					morbimortalidade por acidentes de trânsito	s	taxistas e motociclistas
Realizar diagnóstico ambiental e institucional	Articulação com o CEREST, PRF, sindicatos, SEST e SENAT, FUNDACENTRO		Seminário sobre o tema mobilidade sustentável para públicos social.	População sempre informada e alinhada com a comunicação e mídia	Mapeamento dos trabalhadores do trânsito (carroceiros, motoristas, motoqueiros, entre outros)	Valores das multas por infração e óbitos preveníveis	Investir no PSE
Criar vias ou faixas para os motoqueiros e ciclovias para os ciclistas	Articulação com segurança pública para a cooperação técnica das organizações e departamentos vinculados ao trânsito		Mobilização social no sentido de "preservar a vida"		Criar instrumentos e ferramentas para monitoramento da manutenção dos equipamentos	Construir vias para diferentes categorias de veículos	Incluir no calendário escolar atividades de segurança no trânsito
			Mídia positiva enfatizando o fator de vidas preservadas		Padronizar coletas de gestão de dados no sistema único e online		Campanhas sobre segurança e violência no trânsito

GRUPO 5 - PROMOÇÃO DA CULTURA DA PAZ

A oficina inicia com a representante do Ministério da Saúde, Marta Silva, apresentando a necessidade de se pensar nos eixos prioritários e as propostas de mudanças para compor a Nova Política de promoção da Saúde. O facilitador inicia a dinâmica da oficina com a contextualização dos valores e princípios, eixos transversais e temas prioritários.

Outra facilitadora estimula a participação dos envolvidos (21 participantes) considerando a Cultura de paz como tema prioritário e relevante para a sociedade atual. Ela sugere que as ideias para compor o eixo de cultura de paz perpassa pelos valores e princípios, passando pelos eixos transversais.

O grupo ressalta a questão da violência ligada ao consumo e o significado dos valores que se estabelece na sociedade contemporânea como o ter no lugar do ser. O grupo discute a correlação entre o uso abusivo de álcool e drogas e a violência, mas ressalta que o uso dessas drogas não é a principal explicação para a violência atual.

A violência contra a criança foi pontuada diversas vezes ao longo da oficina. Inicialmente uma psicóloga ponderou que a questão da violência contra a criança está relacionada com a concepção de infância que o agressor teve, ressaltando que na atualidade a criança deve ser vista como sujeito. Ela propõe incluir uma política para as famílias, onde tenha práticas que orientem o cuidado e apoiem a educação para avançar nas taxas educacionais dos pais que, segundo ela, influencia no desenvolvimento infantil dos filhos.

O grupo discute a necessidade que o desenvolvimento seja no sentido mental e não só no físico. Para o grupo as iniciativas de saúde mental devem ser iniciadas precocemente na infância e acreditam que a rede de cuidado priorizada na criança é uma alternativa para promoção da saúde e prevenção da violência para esse público.

Outro ponto discutido foi em relação a comunicação e mídia, como sendo um alternativa essencial para o controle da violência. Entretanto para os participantes há uma negligência na operacionalização desse campo, a mídia utiliza seus programas para produzir mais violência. Consequência desse ato

da mídia é a precarização da segurança pública para estimular o consumo em segurança privada. A alternativa encontrada em relação a esse fato é a criação de uma política de controle da mídia sobre a violência e a inclusão dos profissionais da comunicação nas discussões sobre a prevenção da violência e promoção da saúde.

O grupo inclusive sugere uma frase que seja aplicada em campanhas na mídia para o combate a violência, seria “Quem faz programa com violência produz a violência”. Os participantes apoiaram a ideia e acreditam ser uma alternativa interessantes e eficiente para vencer esse campo.

Associado a violência na comunicação, o grupo avança nas questões da violência explicitada em letras musicais que são voltadas para a ostentação de bem materiais e associadas ao desprezo e ambição em relação ao outro. A questão do desprezo e ostentação também é presente nas redes sociais e foi um ponto bastante discutido durante a oficina.

Ainda no campo da comunicação, os participantes relataram o excesso de propagandas que incentivam o uso de bebidas alcoólicas e fazem associação do consumo com o bem estar, felicidade e extremo prazer. Eles acreditam que uma comissão de direitos humanos pode controlar essas propagandas e os programas de televisão que explicitam exageradamente a violência, além de intervir junto as empresas que financiam os programas e propagandas de televisão.

Os participantes acreditam que como o público mais atingido pela violência são os homens jovens, a política de saúde do homem deve avançar nesses aspectos, além da inclusão desses homens no desenvolvimento familiar, da criança e no pré-natal. Uma participante sugere as consultas do pré-natal do homem como uma estratégia para inclusão dos pais no acompanhamento da gestação e da infância, com o objetivo de tornar esse homem responsável e presente nas ações paternas.

Para o grupo a melhor alternativa para vencer a violência é a estratégia do Programa Saúde na Escola (PSE). O PSE seria um veículo para alcançar os jovens e adolescentes e um espaço capaz de engajar nos jovens os princípios

de cidadania, além de ser um espaço que permite a escuta dos jovens e das crianças.

O fortalecimento da cidadania foi enfatizado no que tange a diversidade de opções sexuais e a igualdade entre os gêneros. Para isso o grupo discutiu que as políticas de equidade que já existem devem ser articuladas, ou seja, integrar as políticas da população negra, indígena, população de rua, população do campo e da floresta e LGBT. Sugerem ainda articular essas políticas às políticas de humanização, promoção da saúde e ao programa PSE.

Uma participante de Alagoas relata a experiência da política de equidade intervindo a favor do índio, ciganos e moradores de rua. Para ela intervir nesses públicos permite salvar vidas e prevenir a violência contra esses grupos. Ela relata ainda uma experiência feita nas escolas, a partir da criação de uma comissão formada por alunos, professores e funcionários que identificam os eventos violentos e discutem de forma intersetorial cada caso. As soluções propostas focam na resolução de conflitos e não na exclusão dessa criança.

Alguns participantes enfatizam a questão do agressor, para eles é necessário o investimento em trabalhos com o agressor, pois se ele não for tratado ele nunca irá deixar de praticar atos violentos.

O investimento em espaços públicos para o uso de crianças, jovens e famílias foi sugerido como uma estratégia de investimento para controlar os índices de violência. A academia da saúde foi considerada como um equipamento para controlar a violência por meio do controle social. Outro aspecto bastante citado foi a articulação com os CRAS e com a assistência social.

A participação social foi pontuada pelos participantes como um princípio que deve ser ampliado, ou seja, não deve se restringir aos conselhos municipais e às conferências de saúde. O grupo considera a insuficiência dos conselhos municipais de saúde na discussão sobre a prevenção da violência. Com isso eles acreditam que movimentos sociais podem entrar nesse campo e fazer a diferença, uma vez que as estruturas não mudam se as pessoas não mudarem.

A discussão de como fazer para a política chegar no nível local perpassou pela sugestão de reprodução de vídeos do Ministério da Saúde nas unidades básicas de saúde dos municípios, em especial aquelas com maior incidência de situações violentas, além do fortalecimento das redes locais, favorecendo a mídia local e as campanhas locais. Para os participantes o nível local não está preparado para intervir no problema da violência. Os participantes pontuaram terem dúvidas quanto à execução das ações propostas pelo âmbito federal do SUS no nível local. Eles relatam que é impossível protocolar as ações do SUS, pois os contextos são diferentes.

Quanto à questão da formação, os participantes consideram que a discussão sobre a cultura de paz e da promoção da saúde deveriam estar incluídas na formação dos cursos superiores, além do fortalecimento das relações com o MEC e com as residências multiprofissionais para o conhecimento em saúde pública.

Os participantes discutem sobre a criação de uma comissão nacional de promoção da saúde que contemple todos os eixos da Política. Essa comissão deve ser criada de forma interministerial e intersetorial, como uma forma de disseminar a política de promoção da saúde para todos os setores. Além disso, os participantes discutiram sobre a inclusão da promoção da saúde nas linhas de financiamento do SUS.

Percebe-se uma ênfase da discussão sobre a relação da violência com a comunicação e mídia. Os participantes associam que a violência acontece porque a mídia promove a espetacularização da violência.

Propostas e sugestões de mudança para a nova política:

- A criação de uma comissão nacional de promoção da saúde
- A articulação com o MEC para investir na formação dos profissionais com foco em saúde pública, promoção da saúde e direitos humanos.
- Investimento no programa saúde na escola (PSE)

- Inclusão de ações de desenvolvimento infantil,
- Intervenção no campo de Comunicação e mídia a favor da promoção da saúde e prevenção da violência
- Defesa dos direitos humanos e políticas de equidade

Figura 9 - Quadro síntese da discussão do Grupo Promoção da cultura da paz

Territorialização	Articulação e cooperação intra e intersetorial	Participação e controle social	Comunicação e mídia	Produção e disseminação de conhecimento e saberes	Vigilância, monitoramento e avaliação	Gestão	Educação
<p>Criar espaços de cooperação intra e intersetorial para discutir a política da cultura de paz (planejamento, rodas de conversa, ciranda da vida)</p>	<p>Articular as políticas de humanização, educação popular, políticas de equidade e práticas integrativas e complementares.</p>	<p>Fortalecer a comissão de usuários</p>	<p>Trabalhar a cultura da população, pois existem canais que suas programações são quase exclusivamente culturais e científicas, mas parecem, não agradar a maioria das pessoas.</p>	<p>Criar espaços para experiência exitosas em saúde</p>	<p>Vigilância, monitoramento e avaliação da questão da violência com vistas a subsidiar as políticas intersetoriais locais.</p>	<p>Revisão da legislação da saúde e educação, permitindo o uso dos recursos vinculados com a alimentação e no caso da educação com programas complementares da saúde.</p>	<p>Inserir na grade curricular disciplinas de moral e cívica visando discutir os direitos e deveres e religião visando discutir a espiritualidade. Além de Incluir o tema dos direitos humanos no plano pedagógico das escolas “educação para os direitos humanos”</p>
<p>Ocupação dos espaços urbanos considerando as diversidades e culturas locais.</p>	<p>Fortalecer a gestão intersetorial, incluindo educação, saúde, assistência social, esporte e lazer, cultura de paz e outras comissões de direitos</p>		<p>Incentivar mídias locais e alternativas.</p>	<p>Estimular a abordagem da cidadania. Solidariedade e redução das iniquidades sociais.</p>	<p>Vigilância como orientadora das ações de promoção da cultura de paz nos territórios.</p>	<p>Revisão do pacto federativo quanto à arrecadação e responsabilidade de serviços (municípios arrecadam menos e tem</p>	<p>Fortalecimento da escola pública em tempo integral</p>

	humanos.					mais responsabilidade na saúde e na educação).	
Identificar no território as famílias em condições de vulnerabilidade e inseri-las como prioridades na política local pensada de forma intersetorial.	Intersectorialidade e educação (PSE) discussões frequentes e contínuas com os jovens sobre a cidadania e a participação social.		Ocupação de maior espaço nas mídias fomentando a “não violência”.			Definir linha de financiamento para a promoção da saúde.	Incentivo em residente multiprofissional em saúde da família.
Incluir os movimentos sociais no planejamento territorial inserindo ações de promoção da equidade em saúde.	Fortalecer o campo de ações entre o MEC e o MS, via PSE.		Capacitar os radialistas das rádios comunitárias visando colocar a cultura de paz.			Promoção da saúde precisa deixar de ser núcleo e passar a ser diretoria ou coordenação.	Disseminar o conhecimento e práticas de mediação de conflitos na escola (PSE)
	Fortalecer o diálogo entre educação, saúde, cultura e artes, agregando saberes que contribuam nas ações de promoção da saúde, e na disseminação do conceito do que é saúde.		Publicar as ações desenvolvidas na cultura da paz			Criação de espaços de diálogo, planejamento para a promoção da saúde.	Investir em educação permanente e formação dos profissionais da saúde para atuar com a temática da violência, estímulo a cultura de paz, contribuindo para a redução das iniquidades sociais

							e melhoria do trânsito.
	Fortalecer intersectorialidade com assistência social.		Avançar em campanhas nacionais contra programas de TV que contem a violência como tema, por meio das redes sociais			Sensibilização de gestores para acontecer às ações.	Todas as atividades de educação permanente trabalhar com os temas transversais de raça, gênero e tolerância a diversidade sexual e étnica.
	Ampliar as parcerias com ONGs, universidades, igrejas e sociedade civil		Compartilhar experiências exitosas na mídia			Conceber a PNPS nas instituições com a devida importância que deve ter: espaços, recursos e pessoas	Trabalhar de forma transversal na escola e cidadania, gênero raça e cor, política públicas estimulando a solidariedade na escola.
	Parceria com a mídia		Realizar campanhas "contra a cultura" do programas que focam na divulgação das violências, sem "discussão crítica" com profissionais aptos para falar sobre o assunto.			Criar comissão da saúde e cultura de paz nos serviços (de saúde, educação e de outras políticas)	Educação continuada de forma intersectorial

						Fortalecer o PSE, garantindo maior aporte de recursos. A efetiva gestão compartilhada dos recursos e uma definição sobre a matriz de responsabilidade de cada setor.	Incluir nos currículos de graduação dos cursos das áreas de saúde e educação, (obrigatoriamente), disciplinas de promoção da saúde, direitos humanos e cultura da paz.
						O estado deve assumir a regulação de programas de TV	Avaliação dos cursos na área da saúde em relação a efetivação das doenças crônicas não transmissíveis
						Alocar recursos para fomento e fortalecimento da participação juvenil em escolas e organização da sociedade civil.	

GRUPO 6 – PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Participaram 20 pessoas ligadas a movimento sociais, universidade, gestão municipal, estadual, trabalhadores da saúde, da educação, da assistência social, conselheiros de saúde.

O grupo é estimulado a relatar o interesse pelo tema. Os participantes apresentam suas experiências com o tema de Desenvolvimento sustentável, maior parte vinculada a Vigilância e questões ambientais.

Discutem a importância da temática como eixo prioritário da nova PNPS mas reconhecem que é um campo pouco explorado na promoção da saúde. Remetem a outras iniciativas que tomam o desenvolvimento sustentável como objeto (Agenda 21, Rio + 20).

Um dos participantes afirma que sustentabilidade tem a ver com uma visão intersetorial, de fortalecimento das relações sociais, de proteção das comunidades e dos direitos que estão relacionados aos determinantes e condicionantes no processo de saúde. Ela agrega uma concepção atual de saúde, que não é só ausência de doença.

O contexto atual de desenvolvimento econômico, saúde urbana, aglomerações nas grandes cidades, novos bolsões de desenvolvimento, contaminação do solo, uso de agrotóxicos demandam a discussão sobre desenvolvimento sustentável. Assim, é preciso a apropriação dessas questões pelo setor saúde, bem como o reconhecimento da indissociabilidade do social, do ambiental e do sanitário.

O grupo exemplifica ações de articulação, ainda que pontual com o setor de meio ambiente, agricultura, educação, bem como ações de geração de trabalho e renda a partir de iniciativas tais como horta comunitária, uso de fitoterápicos.

A necessidade de valorização das iniciativas locais foi premente no grupo, reconhecendo que há diversas ações acontecendo nos territórios sendo importante agregá-las à saúde ou agregar a saúde a elas. Reforçaram a necessidade de respeito às iniciativas locais no sentido de incorporar estes saberes, estas experiências na orientação da política.

No campo do planejamento intersetorial foi citada a participação/elaboração de planos diretores das cidades como estratégia para o desenvolvimento sustentável na promoção da saúde.

No âmbito da gestão foi pontuado a necessidade de construção de indicadores de saúde qualitativos; financiamento intersetorial com mais recursos pra promoção, planejamento articulado; e avaliação de impactos como uma ferramenta pra gestão na promoção do desenvolvimento sustentável. Indicaram ainda o estímulo a vigilância e Saúde e produção de conhecimento com observatórios tais como o de saúde urbana e saúde e ambientes; mapeamento do processo produtivo em saúde e avaliação das ações de promoção da saúde.

Figura 10 - Quadro síntese da discussão do Grupo Promoção do desenvolvimento sustentável

Territorialização	Articulação e cooperação intra e intersectorial	Participação e controle social	Comunicação e mídia	Produção e disseminação de conhecimento e saberes	Vigilância, monitoramento e avaliação	Gestão	Educação
Territorialização e regionalização: Respeito ao processo de regionalização dos estados federados (AM).	Fortalecimento do planejamento de saúde para superar o modelo do plano elaborado isoladamente por um “assessor de planejamento”.	Fóruns setoriais com ampliação da sociedade/comunidade.	Regulação na concessão do serviço público no sentido de garantir nos horários nobre da mídia o “momento saúde”, objetivando divulgar as benfeitorias realizadas na rede SUS.	Redes de instituições profissionais para divulgação e ampliação de ações/estratégias	Avaliar com o apoio dos observatórios de saúde.	Projetos de desenvolvimento	Formação profissional articulada a partir das necessidades do território. É necessário para abrir “espaços” quando da elaboração dos planos políticos pedagógicos.
Escolas promotoras de saúde: comunidades e cidades saudáveis e Promoção de ambientes verdes e saudáveis.	Secretarias agricultura, de obras e saúde ambiental e recursos hídricos. Secretarias de meio ambiente, outros órgãos e instituições ambientais.	Fortalecer fóruns em defesa do SUS contra privatizar.	Edição de periódicos.	Ampliar conhecimento em toxicologia.	Vigilância da saúde do trabalhador e do uso de agrotóxicos.	Financiamento Intersetorial – Planejamento articulado. MS: desvincular os recursos da promoção da saúde da vigilância em saúde. Mais recursos para a promoção da saúde.	Fortalecer a temática enquanto ação do PSE.

Orientada a justiça ambiental (iniquidades).	Incluir a Intersectorialidade nas Feiras de Ciências Escolares, PSE e PPP.	Comissões e fóruns para sustentabilidade e e determinantes sócio-ambientais.	Incorporar o conhecimento de iniciativas de municípios saudáveis, escolas promotoras de saúde nas políticas.	Regulação mandatória de serviços e produtos baseada em estratégia populacional	Indicadores qualitativos de saúde.	Importância na atenção básica da relação trabalhos e promoção a saúde.	Inclusão da sustentabilidade e nos PPP's das escolas.
Reconhecimento das peculiaridades locais/ regionais e iniciativas/potencialidades por meio de diagnóstico e planejamento participativo. Incentivo de criação OBSERVATÓRIOS como um instrumento para diagnóstico e AÇÃO.	Efetividade nas ações intrasetoriais entre os órgãos ANVISA/ FUNASA/SVS/SAS.	Cooperativas locais de catadores.	Produção de informativos para conhecimento inclusive da população (e não só para técnicos e gestores).	Eventos nacionais/ regionais de troca de experiências, materiais produzidos em fórum de iniciativas.	Baseado em sistema de informação (observatório, mapas).	Licenciamento ambiental..	Cursos capacitação/ formação de territórios promotores da saúde.
Incluir a promoção da saúde no Plano Diretor Local	Gestão Integrada. Poluentes ambientais e efeitos a saúde.	Fortalecimento e maior articulação nos fóruns e movimentos do SUS e contra a privatização.	Fortalecer feira de ciências. Ampliar a participação nas semanas de ciências, tecnologias e inovação.	Fortalecer o programa pesquisa para o SUS (PPSUS), fazendo com que suas linhas de pesquisa estejam realmente voltadas para as necessidades locais de saúde	Mapeamento dos processos produtivos e seus impactos de saúde.		Fortalecer a aproximação serviço/ academia visando ter professores e futuros profissionais com os conhecimentos "necessários" sobre saúde,

				e não as da academia.			SUS e situação de saúde.
Respeitar a diversidade.	Articulação com observatórios de saúde Urbana e observatórios de saúde e ambiente	Maior aproximação por profissionais de saúde, conselheiro, gestores e população das análises de situação de saúde	Elaboração e divulgação de plataformas eletrônicas como instrumento de empoderamento da sociedade e Estado (blogs, mapas virtuais com informações sobre vulnerabilidade sócio-ambiental).	Demandar pesquisas a academia.	Avaliação da efetividade da promoção da saúde. e do impactos na saúde em todas as políticas.		
Incentivar a formação de consórcios municipais para trabalhar o território.	Parcerias público e privado.	.		Promover a absorção do conhecimento e tecnologia produzidos.	Integração vigilância em saúde e saúde ambiental e assistência.		
Regionalizar RIPSAs.				Iniciativas a editoras para tratar o tema.	.		

MESA TEMÁTICA: EXEMPLOS DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE - APRESENTAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS

Moderadora: Cheila Marina de Lima

OBSERVATÓRIO DE SAÚDE URBANA

Waleska Caiafa – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Inicialmente discuti-se como analisar as informações e validar evidências para a saúde pública, de forma a reforçar a possibilidade de prevenção, financiamento, continuidade, possibilidades para saúde.

Fundado em 2002, o Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH) é uma parceria da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e do Município de Belo Horizonte. O OSUBH conta com uma equipe de mais de 20 pessoas, sendo professores, pesquisadores, alunos de pós-graduação e de graduação. Centra-se na aquisição de conhecimento profundo sobre a saúde urbana por meio da pesquisa científica, nos níveis individual e comunitário, para compreender as condições sociais e ambientais da vida urbana, de modo a permitir a implementação de estratégias específicas de intervenção e de políticas públicas, utilizando abordagens contemporâneas. A intenção desses esforços combinados é fornecer uma base empírica para determinar quais as intervenções de saúde urbana podem funcionar melhor em contextos específicos.

O Observatório de Saúde Urbana observa uma série de questões dentro do conteúdo temático de saúde urbana, tais como questões ligadas à saúde e à questão das cidades e do impacto de viver na cidade. Atualmente existem várias evidências de que a urbanização amplifica todas as iniquidades em saúde, dentro do contexto urbano muitas das iniquidades são ampliadas. Dessa forma os observatórios permitem a partir das informações monitorar a saúde dentro do ambiente urbano, evidenciando a equidade em saúde. As

informações permitem também que os gestores formulem intervenções de acordo com as necessidades de cada população, pois determinadas intervenções se não forem apropriadas as necessidades, elas podem aumentar a distância, entre os que se apropriam da intervenção e isso criar ainda mais distâncias em termos dos eventos em saúde.

A precariedade de algumas informações para compor o banco de dados é uma dos desafios que os observatórios vivenciam. Muitas informações no Brasil ficam descentralizadas em cada setor governamental, isso dificulta uma análise integrada e mais complexa dos eventos em saúde. Países latino americanos apresentam segundo referenciais teóricos, uma dificuldade de integrar informações em uma base de dados única.

Um exemplo de experiência é o projeto BH Viva, um projeto que tem possibilidades de avançar para outros estados. Belo Horizonte possui uma cobertura de estrutura básica e sanitária, mas não é igual na cidade, em torno de 19% de pessoas ainda vivem em situação em áreas de risco. O projeto Vila Vida é multifacetado e tem por finalidade a regeneração da cidade. Esse projeto está ligado ao Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), mas não foi criado dentro da estrutura do PAC. Propõe intervenções físicas no sentido do ambiente e na questão de regeneração urbana. Também trabalha com a posse de terras e é considerado governamentalmente um projeto importante em Belo Horizonte.

Os resultados apontam que todas as áreas de favelas estão sendo melhoradas, bem como a vida dos residentes pois há uma diminuição nas iniquidades sociais. O sucesso do projeto está na sua intersetorialidade, pois ele é fruto da articulação entre a secretaria de saúde, de planejamento e de urbanização de Belo Horizonte.

Sabe-se que os eventos em saúde são piores em áreas mais densamente populosas e áreas urbanas com desvantagens sócio econômicas. Os resultados apontam que a infraestrutura e outros, como as condições sociais estão ligadas à exclusão social, pobreza e renda, além de estarem relacionados à governabilidade de todas as intervenções.

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Patrícia Jaime – Coordenadora Geral de Alimentação e Nutrição do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde.

O programa Bolsa Família atua sobre as condicionalidades de saúde, incluindo os sistemas universais, tanto de educação como saúde do nosso país, daqueles indivíduos mais vulneráveis gerando assim a oportunidade de inclusão social dos mais vulneráveis e a redução de iniquidades, tanto no campo da educação como no da saúde. Para garantia do direito à saúde da população em situação de vulnerabilidade, garantindo inclusão e acesso a saúde, o setor saúde se responsabiliza por essa garantia. Para isso as políticas de saúde são orientadas pelos indicadores de inclusão. Um dos princípios do Bolsa Família é a abordagem de ciclo de vida e a captação e acompanhamentos das famílias e crianças menores de sete anos em situação de vulnerabilidade. Uma das responsabilidades da secretaria que coordena o programa é a avaliação e monitoramento do cumprimento do calendário vacinal e da vigilância nutricional em relação ao acompanhamento do peso e estatura das crianças. Em relação as gestantes o programa deve acompanhar o calendário básico do pré-natal, sobretudo do puerpério.

As informações geradas por esse acompanhamento permitem um conjunto de informações sistematizadas no campo da vigilância dessas famílias em vulnerabilidade, além de gerar uma informação do nível local que permite uma análise do território. As informações são geradas duas vezes ao ano, sendo duas vigências anuais. No ano de 2013, foram quase dois milhões de famílias acompanhadas, de 25 a 28 milhões de indivíduos sendo acompanhados. O programa teve 73,4% de cobertura desde 2012, alcançando as metas no pacto da saúde.

Percebe-se aumento crescente das condicionalidades, acompanhamento não só percentual em termos de cobertura, mas um aumento numérico do número

de famílias. Isso se constitui um grande desafio para atenção básica em saúde no nosso país, dado que é necessário também ampliar a cobertura da atenção básica.

Em termos de monitoramento e avaliação, o Bolsa Família tem uma avaliação, que mostrou que as mães de família beneficiadas fizeram em média uma consulta de pré natal ou mais que as mães não beneficiárias do programa. A quantidade de crianças nascidas foi de 14% maior entre as famílias beneficiadas e a proporção de crianças beneficiárias consideradas nutridas foi maior 40% nas famílias beneficiárias, comparadas com famílias do mesmo perfil, mas não beneficiadas pelo programa.

Dados do censo de 2010 também mostram que em dez anos tivemos importante redução da mortalidade infantil, com grande destaque no Nordeste onde se teve uma redução da taxa de fecundidade, rompendo um grande pré-conceito com relação à Bolsa Família, de que haveria um aumento do número de filhos vinculados à transferência de rendas.

Em relação a mortalidade infantil, um artigo publicado em 2013 no The Lancet mostrou que o Bolsa Família contribuiu para a redução da mortalidade infantil em crianças menores de cinco anos, especialmente aquelas de causas de mortalidade relacionadas à pobreza. Em relação a mortalidade decorrente da desnutrição, houve queda de até 65%, a mortalidade decorrente da diarreia 53%, por todas as causas, aproximadamente 18% na redução na mortalidade infantil. A mortalidade infantil está relacionada a um conjunto de fatores externos como, a gestação e alimentação, os cuidados e os vínculos entre a criança e a rede de apoio social e ao ambiente.

Outro indicador relacionado ao programa é a desnutrição ou má nutrição que associada à pobreza aumenta a probabilidade da criança ter um baixo rendimento escolar e subsequentemente uma baixa renda, uma alta fertilidade e uma possibilidade de prover cuidados insuficientes aos filhos. Ou seja, os dados indicam que investir na primeira infância e nos primeiros anos de vida, em especial em indivíduos com maior vulnerabilidade, significa romper a transmissão intergeracional da pobreza, implicando o desenvolvimento de um país e o enfrentamento da pobreza.

O último inquérito disponível em 2006 da pesquisa nacional de demografia e saúde mostrava uma importante redução da desnutrição no nosso país. Os fatores atribuíveis à desnutrição foram o aumento da mortalidade materna, aumento da renda familiar decorrente do aumento real do salário mínimo e dos programas de transferência de renda, aumento da cobertura de saneamento básico, expansão do acesso à saúde, em especial como modelo de atenção básica em saúde. Assim, a redução da desnutrição infantil no nosso país foi consequência do enfrentamento dos determinantes sociais da desnutrição. Dois indicadores chamaram atenção, o primeiro foi o déficit de peso e de estatura. Atualmente o país superou a fome na infância. Espera-se, em população em geral, 3% de crianças com déficit de peso, naturalmente magras, ou doentes. Entretanto não se vê mais isso. De fato não é mais um realidade brasileira, mas o déficit de estatura que é um indicador de desnutrição crônica, muito relacionada às condições de vida da criança, muito relacionado a fatores ambientais e determinantes sociais, esse ainda, é um problema de saúde pública no Brasil.

A redução da desnutrição crônica, dos beneficiários do Bolsa Família, foi intensa entre 2008 e 2012. Quanto maior o tempo de acompanhamento na atenção básica maior é a chance de apresentar adequado estado nutricional.

O Bolsa Família se mostrou nos últimos dez anos como um mecanismo indutor de garantir acesso a serviços e de promover a promoção à saúde e a melhoria da saúde e nutrição das crianças brasileiras de maior vulnerabilidade, isso é uma evidência clara da potência dos programas sociais e da sinergia que há entre o Bolsa Família e os princípios do SUS no que se refere à universalidade e equidade.

VIDA NO TRÂNSITO

Marta Silva – Secretária de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde

O projeto Vida no Trânsito que propõe trabalhar com a mobilidade e sustentabilidade das pessoas nas cidades, é uma iniciativa global juntamente com a OMS, OPAS e várias parcerias que fazem parte de um consórcio internacional que é acompanhada e monitorada pela OMS, Banco Mundial, OPAS, GRSP e por uma ONG que trabalha com o tema onde foram implantados em dez países, dois nas Américas e o México e Brasil. Os países que compõem o projeto foram escolhidos a partir de um diagnóstico mundial, totalizando em 10 países.

As intervenções do projeto foram focadas a partir dos principais fatores de risco e das vítimas mais vulneráveis. O objetivo geral do projeto é subsidiar gestores de estados e municípios nas ações de planejamento, monitoramento, avaliação, implementação das políticas, tendo como foco dois grandes fatores de risco nacionais, que são as principais causas de acidentalidade, principalmente nas cidades, mas também em rodovias, não só vias urbanas mas também rodovias federais, estaduais. Considera-se como principal fator de risco para os acidentes de trânsito o consumo de álcool associado à direção e velocidade excessiva ou inadequada para a via. Diante disso, esse projeto também trabalha a partir de toda uma qualificação nos sistemas de informação, integrando dados da saúde, justiça, segurança pública, órgãos de trânsito, de forma a aperfeiçoar os sistemas de informações e identificar os fatores de riscos locais.

A partir dos dados do projeto foi possível verificar que os motociclistas, pedestres e ciclistas, além da qualificação e intervenção sobre atendimento na Rede SUS, são focos prioritários no programa.

O projeto conta também com uma iniciativa intersetorial pois envolve diversas secretarias na formulação e implementação de ações. A metodologia de trabalho intersetorial e integrado no nível local possibilita fomentar as políticas nacionais, e no âmbito local a intersetorialidade permite focar as ações em

questões prioritárias no município considerando todos os seus desafios, tornando assim o objeto do programada não sendo restrito a saúde.

Os acidentes de transito se tornaram um problema de saúde pública, pois são as principais causas de mortes, internação e por gerar um grande número de sequelas. Dados revelam que o Brasil é o quinto lugar no mundo em número de mortes no trânsito, sendo esta a primeira causa de morte de alguns segmentos como crianças, dez a quatorze anos, adolescentes, idosos. .

Em 2010, o Programa Vida no Transito foi implantado em cinco capitais brasileiras: Palmas, Teresina, Belo Horizonte, Curitiba e Campo Grande. A avaliação dos anos de 2011 e 2012, avaliou o cumprimento das metas, a tendência das intervenções, indicadores relacionados ao risco de beber e dirigir e também as tendências de mortalidade e de feridos graves a partir das internações hospitalares. Foram utilizadas várias fontes de informação para essa avaliação como os relatórios da comissão local do Vida no Trânsito e os dados do VIGITEL, além dos dados se serviço de urgência e emergência que identificaram as pessoas que chegaram aos prontos socorros e que haviam sofrido acidentes de trânsito e que haviam ingerido álcool até seis horas antes do acidentes.

No que se refere à avaliação, foram 5 os objetivos: analisar o cumprimento das metas do Projeto nas cinco cidades com relação as intervenções dos programas “Beber e dirigir” e Velocidade excessiva e inadequada; avaliar a tendência das intervenções para o fator de risco velocidade excessiva e inadequada; analisar os indicadores relacionados ao fator de risco “Beber e dirigir”; analisar a tendência dos indicadores de mortalidade entre 2010 e 2011 e analisar a tendência dos indicadores de feridos graves entre 2010 e 2012.

Os dados apresentados na Tabela 4 indicam o percentual de cumprimento das metas nas cidades avaliadas. É preciso mencionar que algumas cidades tiveram o cumprimento das metas prejudicado pelo fato de ter tido ano eleitoral e, com isso, a diminuição da fiscalização.

Tabela 4 - Percentual de cumprimento das metas de desempenho dos programas e grupos de projetos. Capitais do Projeto Vida no Trânsito. Brasil, 2011 e 2012

Programas/ Projetos	Palmas		Teresina		Belo Horizonte		Campo Grande	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
“Beber e Dirigir”	88,2	69,0	159,0	38,0	73,9	50,5	116,0	87,0
Velocidade	130,9	107,5	151,0	262,0	68,7	65,5	121,0	95,0
Grupos de Projetos								
Educação	62,7	47,5	132,0	192,0	84,9	83,6	112,0	113,0
Engenharia de trânsito	406,4	144,1	98,0	148,0	86,8	83,0	166,0	136,0
Fiscalização	107,1	105,6	270,0	30,0	93,0	90,0	99,0	75,0
Projetos Especiais	128,1	78,5	61,0	60,0	72,6	58,5	98,0	105,0

^a Curitiba não informou o percentual de cumprimento das metas.

No que se refere ao indicador Beber e Dirigir, os dados revelam que em 2010, 2011 e 2012, houve uma queda em Teresina no número de testes de bafômetro realizados, mas um aumento nos resultados positivos para álcool nos testes realizados. Em Palmas e Belo Horizonte, observa-se uma redução no número de pessoas que estavam dirigindo alcoolizadas. Esses dados estão demonstrados na Tabela 5.

Tabela 5 - Número de testes de bafômetro realizados, percentual de testes com resultados positivos para álcool (%) e variação percentual entre 2011 e 2012. Capitais do Projeto Vida no Trânsito (PVT) - 2010-2012

Capital ^c	2010		2011		2012 ^a		Variação (%) (2011-2012) testes realizados	Variação (%) (2011-2012) alcoolemia
	Testes	Álcoolmimia (+)	Testes	Álcool (+)	Testes	Álcool(+)		
Palmas	nd	nd	213	16,9	435	11,7	104,2	-30,8
Teresina	199	39	167	23,0	96 ^b	25,0	-42,5	8,7
Belo Horizonte	nd	nd	8.511	8,6	11.029	7,1	29,6	-17,4

^a Junho a dezembro;

^b Janeiro a Outubro; nd: não disponível.

^c Curitiba e Campo Grande não informaram.

Fonte: Comissão municipal do PVNT.

Também nos anos 2010 – 2012 o consumo abusivo em Teresina teve um aumento comparando os semestres de 2010 com 2011. Em Palmas e Campo Grande também observa-se um aumento. Em Palmas e Campo Grande também observa-se um aumento. Em Curitiba houve uma tendência de aumento e em Belo Horizonte uma certa estabilização e decréscimo, conforme dados do Gráfico 2.

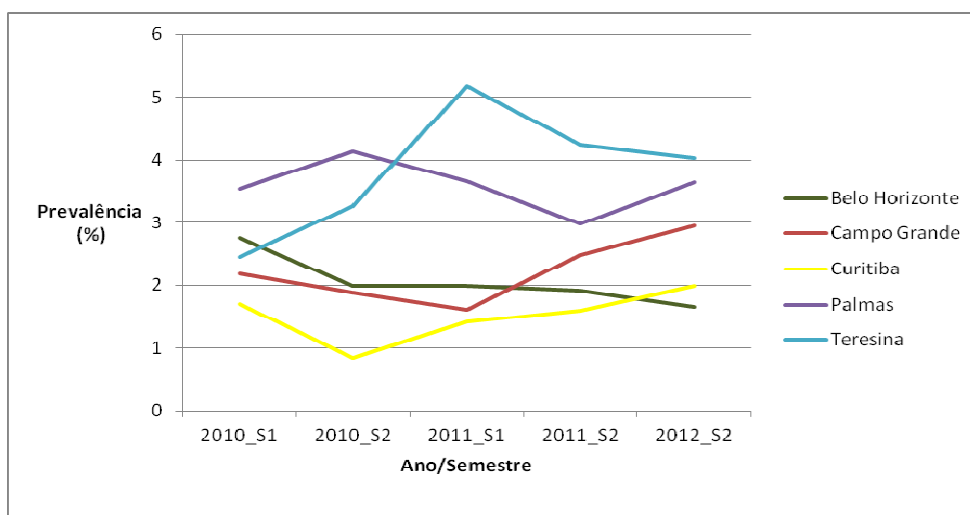


Gráfico 2 - Percentual de condutores que dirigiram após consumo abusivo de álcool segundo o semestre. Capitais do PVT, VIGITEL, 2010-2012.

Em relação a feridos graves verifica-se, comparando o primeiro semestre 2010 com segundo de 2011, que Palmas praticamente está estável e apenas com uma queda pequena em Belo Horizonte, Curitiba e um aumento em Campo Grande.

Tabela 6 - Percentual de vítimas de acidente de trânsito atendidas em unidades de urgência que apresentaram indícios ou consumo efetivo de bebida alcoólica antes do atendimento. Capitais do PVT, VIVA Inquérito - 2009 e 2011

Capital	Ano		Razão
	2009	2011	
Belo Horizonte	20,7	11,3	0,74

Campo Grande	11,0	10,9	0,99
Curitiba	22,3	10,9	0,70*
Palmas	21,7	25,0	1,07
Teresina	35,7	29,8	0,92

Quanto ao aumento de internação, principalmente em motociclistas, comparando 2011 e 2012, observa-se que Palmas mantém uma tendência de aumento. Teresina já tem esse número aumentado principalmente com motocicleta, em Campo Grande houve uma redução e em Curitiba houve uma tendência de estabilidade, como demonstrado no Gráfico 3.

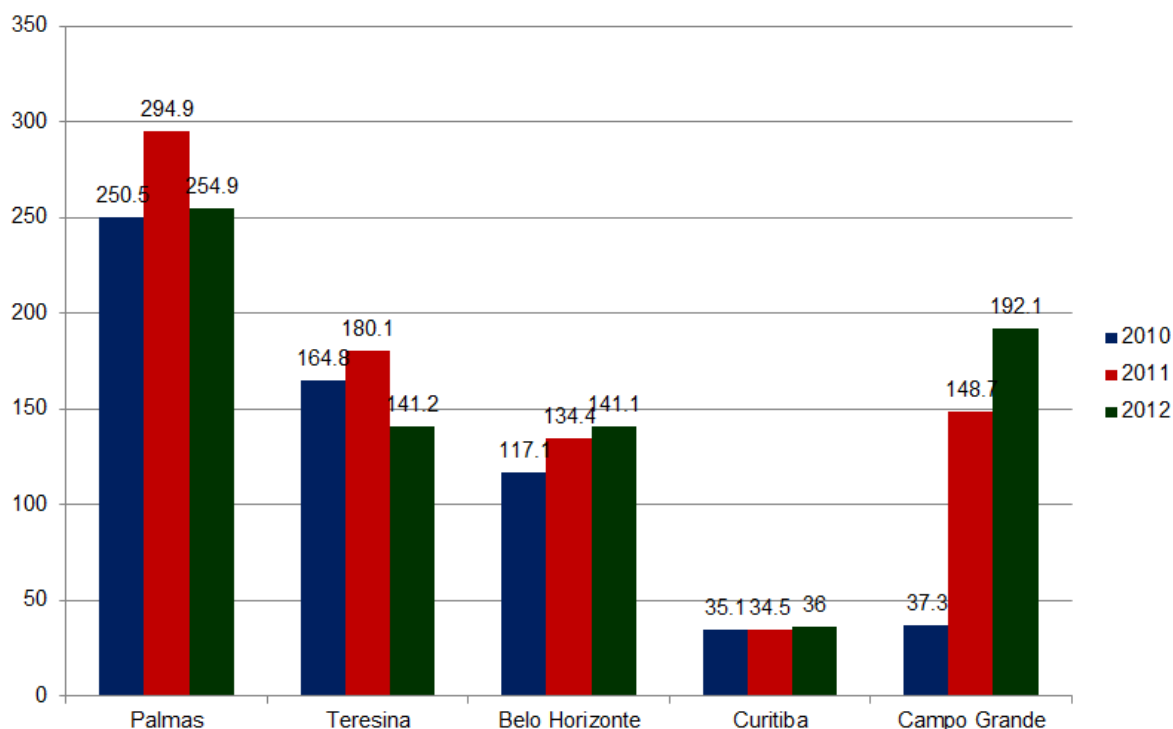


Gráfico 3 - Taxa de internação hospitalar por acidentes de transporte terrestre (x100 mil Hab.). Capitais do PVT, 2010-2012

Ressalta-se que a análise foi feita com base em dados quantitativos e como todo estudo existem limites e uma necessidade de qualificar e trabalhar com outras pesquisas qualitativas.

Em fim, apesar de ser uma avaliação inicial, existem resultados preliminares de cinco cidades onde três reduzem a mortalidade das mortes e das lesões no trânsito. Mas persistem desafios como a necessidade de inserção do projeto Vida no Trânsito em uma grande ação não só enquanto política de governo mas também em política de estado, tem de estar inserido no plano de ação da segurança no trânsito, discutindo à luz de uma meta para ser reduzida.

MESA DE ENCERRAMENTO - COMPROMISSO E RESPONSABILIDADES DOS ATORES ENVOLVIDOS COM A NOVA PNPS

Moderadora: Débora Malta

Débora Malta – Diretora do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde do Ministério da Saúde

Os dois dias do Seminário Nacional Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde permitiu discussões intensas sobre o processo metodológico de revisão da política. As Oficinas em grupo permitiram avançar com muitas contribuições que serão agregadas ao texto na versão final da revisão da Política.

A mesa de encerramento está composta por representantes das instituições responsáveis pela condução do processo de revisão. Cada integrante abordará o compromisso com a Política.

Do ponto de vista do Ministério da Saúde, há uma previsão de encaminhamento para aprovação nas instâncias após a definição da versão final com os ajustes indicados no Seminário. Há a intenção de disponibilizar o texto para consulta pública até final de julho de 2014.

Uma vez aprovada no Conselho Nacional de Saúde, haverá a submissão à aprovação da Comissão Intergestores Tripartite. E, finalmente a apresentação da nova versão na EXPOEPI, em outubro de 2014.

Patrícia Jaime – Coordenadora Geral de Alimentação e Nutrição do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde.

A consulta pública exige um intervalo de no mínimo 30 dias para responder às recomendações sugeridas. Por outro lado, pode haver um processo de apresentações e manifestações, como por exemplo do Conselho Nacional de Saúde, independente da consulta pública.

O texto da PNPS está bem discutido para um processo de consulta pública e, se for essa a opção há que se ter um prazo para a organização do processo de consulta.

Débora Malta – Diretora do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde do Ministério da Saúde

Questiono para as instituições representadas sobre a pertinência da consulta pública. Outra opção poderia ser a disponibilização do texto da nova PNPS no site do Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde para sugestões e manifestações.

Patrícia Jaime – Coordenadora Geral de Alimentação e Nutrição do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde.

Do ponto de vista normativo, o dispositivo da consulta pública tem sido utilizado para discussão de instrumentos técnicos tais como protocolos clínicos terapêuticos e não para políticas. Estas são submetidas à pactuação interfederativa e às instâncias de controle social. Dessa forma, não indico a submissão à consulta pública.

José Teófilo Cavalcante - Presidente do Conselho de Saúde do Piauí, representando o Conselho Nacional de Saúde

Nos últimos dez anos, o controle social sempre tem sido ouvido. Considero a consulta pública muito importante, mas há questões que precisam ser superadas como a dificuldade com o próprio sistema de informações.

Considero o mais importante a discussão que foi estabelecida nas oficinas de trabalho. O evento teve a capacidade de garantir a participação e discussão sobre a nova PNPS e o processo subsequente deverá ser a aprovação no Conselho Nacional e a pactuação tripartite.

Alessandra Schneider– Assessora técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Reafirmo o compromisso de trabalhar juntamente com o Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, OPAS, ABRASCO, parceiros envolvidos no processo de revisão e elaboração da minuta preliminar da nova PNPS.

O texto preliminar está bem estruturado, interessante, alinhado e reflete as prioridades que foram recolhidas das diversas metodologias utilizadas no processo de revisão. Há anotações e sugestões que oportunamente serão encaminhadas ao grupo condutor do processo. Considero que o processo foi bastante participativo e não seria necessária uma consulta pública.

Quanto à disseminação para novas sugestões, se esta for a decisão, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde se compromete a encaminhar a cada secretaria estadual de saúde e à equipe técnica de promoção para discussão interna e elaboração de sugestões.

A Política deve refletir os anseios da população e, quando isso é realizado, há qualidade e potência nas suas proposições, da mesma forma que o alinhamento com as diretrizes pactuadas internacionalmente. Nesse sentido, é oportuno realizar uma releitura dos documentos produzidos sobre Saúde em Todas as Políticas para que os pactos globais firmados estejam refletidos na Política, conciliando interesses nacionais e internacionais.

Rui – representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

O processo de revisão, muito rico na sua condução, ainda não terminou e exigirá fôlego e participação dos atores envolvidos: gestores, trabalhadores e conselheiros.

Considerando o limite de tempo e a característica participativa do processo já estabelecido talvez não seja indicada a consulta pública. Sugiro resgatar os temas e questões pontuados no método do Delphi.

O compromisso e responsabilidade do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde é continuar na batalha por essas questões que afetam os municípios, tais como avaliação e monitoramento, além de garantir a equidade em todos os municípios e localidades do Brasil.

Marco Akerman – GT Promoção da Saúde da ABRASCO.

Antes de abordar os compromissos e responsabilidades daqui para a frente é preciso destacar os compromissos e responsabilidades até agora compartilhados. Há um sentimento que as responsabilidades, tempos e prazos foram cumpridos. Há um ciclo e sentimento de meia missão cumprida!

O fato de várias pessoas manifestarem que se sentiram representadas no texto é um patrimônio político no contexto de uma política pública. Quanto mais a população brasileira se identificar com as políticas haverá mais garantia do seu caráter público.

Parte do compromisso da ABRASCO é tornar público o processo de revisão. De alguma forma neste processo foi realizada uma “consulta pública”, não como instrumento jurídico formal, mas num processo no qual as pessoas se identificaram.

Queremos continuar o diálogo franco e aberto de construção dessa política porque sabe-se que a partir do momento que a política for pactuada ela estará novamente em revisão, num processo constante de mudanças. Assim, o processo de revisão de uma política nunca acaba, ele sempre dependente das forças políticas e concepções. A reflexão é contínua para acadêmicos e gestores. A luta continua.

Zohra Abaakouk – representante da
Organização Panamericana de Saúde - Brasil.

O processo da revisão da PNPS se inscreve num movimento regional e global. Como OMS, temos como missão assegurar, seguir e respeitar os acordos que foram estabelecidos pelos estados membros. Neste sentido, é importante mencionar a Conferência Saúde em todas as políticas (SeTP) que se configura como um processo e debate que nos fóruns globais sobre a importância que os governos e agências governamentais, estaduais e municipais, possam responder e estudar os determinantes sociais da saúde, equidade e promoção do bem estar da população.

Esse movimento implica em uma mudança de governabilidade. OPAS e OMS estão nesse processo. O Brasil sediou a reunião regional de SeTP, em fevereiro de 2013, com mais de 30 países participantes.

O Brasil apresenta um papel de destaque nessa discussão com contribuições na Mostra de experiências exitosas do país, além do processo de participação, e consultas realizadas.

Há muito por fazer, sobre os aspectos que foram discutidos nos dois dias do Seminário para garantir que esteja eles estejam contemplados na implementação da política nacional de promoção da saúde.

Em declaração, em junho de 2013, a Diretora da OMS, destacou em seu discurso de abertura da conferência mundial de saúde os conflitos de interesses como desafios para a saúde e a necessidade de respostas intersetoriais. Reforçou a necessidade de assegurar que a saúde pública seja prioritária frente aos interesses econômicos, além da importância de combate ao tabaco, ao álcool e às empresas alimentícias. Trata-se da primeira vez que as Nações Unidas entram nessa discussão para fortalecer os estados membros e discutir a pressão do setor privado.

A OMS fez um plano para implementar a SeTP. Na região das Américas, o Brasil é a primeira região a elaborar um plano geral sobre SeTP como uma maneira de enfrentar os determinantes sociais da saúde, assegurar a saúde da população da região, promover o bem estar e a equidade.

Patrícia Jaime – Coordenadora Geral de Alimentação e Nutrição do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde.

Parabenizar a equipe da SVS pela construção. Estamos no meio do caminho, mas já há um belo caminho percorrido. Agradecimento à equipe da ABRASCO, o conjunto de participantes do seminário, oficinas, FormSUS e à oportunidade

de participar do processo. Agradecimentos à SAS por participar, desde o primeiro momento no processo. Há que se considerar que, independente do locus da promoção da saúde no organograma institucional, a Política diz respeito a todos e representa um caminho para romper com a fragmentação e dicotomia entre cuidado/assistência e promoção. Há uma grande confluência de interesses e metas entre assistência e promoção. Busca-se com isso a integralidade do sujeito na plenitude e potencial de vida, na medida em que se entendem os determinantes.

A assistência tem um papel importante na promoção da saúde seja nos objetivos ou nas estratégias, em especial no tocante à rede de produção social da saúde e do cuidado.

É importante a discussão interfederativa e do controle social sobre a PNPS, convocando o conjunto de atores de dentro e fora do setor saúde, para que se vejam na Política.

Parabeniza pelo processo de revisão e se colocar a disposição para concluir o processo, incluindo a mobilização dos atores de diferentes regiões de saúde.

Débora Malta – Diretora do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde do Ministério da Saúde

Agradecimentos à equipe da Secretaria de Vigilância à Saúde, especialmente à equipe do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Agradecimentos à ABRASCO por propiciar a dinâmica do processo e visão conceitual à revisão. Agradecimentos ainda ao apoio incondicional da OPAS.

Além da revisão da política há outros produtos que serão disponibilizados como frutos do processo de revisão, tais como uma edição especial da Revista Ciência e Saúde Coletiva, o relatório específico e um livro proposto.

Agradecimentos ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e ao CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

É importante entender que estamos diante de um processo que não se encerra com essa versão. Nesse sentido, é importante agendar uma nova revisão como um dispositivo na portaria da Política que estabeleça tempos para uma nova revisão.

Obrigada pela presença de todos. Contamos com todos para a finalização desse processo de revisão. Viva a revisão da política, viva o SUS!

