

# PROMOÇÃO DA SAÚDE

## APROXIMAÇÕES AO TEMA



BRASILIA - DF 2021



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise em Saúde e Doenças Não Transmissíveis

# PROMOÇÃO DA SAÚDE

## APROXIMAÇÕES AO TEMA

**1**  
CADERNO

BRASILIA - DF 2021



2021 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: [bvmsms.saude.gov.br](http://bvmsms.saude.gov.br).

Tiragem: 1ª edição – 2021 – versão eletrônica

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise em Saúde e  
Doenças Não Transmissíveis  
Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis  
Via W 4 Norte, Asa Norte, Setor de Rádio e Televisão Norte, PO  
700, 6º andar  
CEP: 70058-900 – Brasília/DF  
E-mail: [dasnt@saude.gov.br](mailto:dasnt@saude.gov.br)

*Elaboração:*

Danielle Keylla Alencar Cruz  
Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha  
Mariana Carvalho Pinheiro  
Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira  
Rafael Dall'Alba

*Supervisão-geral:*

Danielle Keylla Alencar Cruz  
Eduardo Marques Macário  
Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha

*Organização:*

Danielle Keylla Alencar Cruz  
Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha

*Diagramação:*

Assessoria Editorial/Nucom/GAB/SVS  
Milena Hernández Bendicho

*Revisão:*

Khamila Silva – Editora MS/CGDI  
Tamires Felipe Alcântara – Editora MS/CGDI

*Normalização:*

Luciana Cerqueira Brito – Editora MS/CGDI

Os quadros, figuras e tabelas constantes na obra, quando não indicados por fontes externas, são de autorias dos próprios elaboradores do texto.

## Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Promoção da Saúde: aproximações ao tema: caderno 1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

60 p.

Modo de acesso: World Wide Web: [http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao\\_saude\\_aproximacoes\\_tema.pdf](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_aproximacoes_tema.pdf).  
ISBN 978-65-5993-008-1

1. Promoção da saúde. 2. Doença Crônica. 3. Política de saúde I. Título.

CDU 614

---

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0149

*Título para indexação:*

Health Promotion: approaches to the theme: Handbook 1

# SUMÁRIO

<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>
<b>8</b>	<b>1 Promoção da saúde: aproximações para a compreensão e apropriação do significado do tema</b>
<b>9</b>	1.1 Determinantes Sociais e Promoção da Saúde
<b>13</b>	1.2 Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças
<b>14</b>	1.3 Promoção da Saúde e Vigilância em Saúde
<b>16</b>	1.4 Promoção da Saúde e Produção do Cuidado na APS
<b>20</b>	<b>2 Praticando a promoção da saúde</b>
<b>20</b>	2.1 Oportunidades e Recursos à Implementação da Promoção da Saúde
<b>24</b>	2.1.1 Como conhecer um território?
<b>28</b>	2.1.2 Redes para a promoção da saúde
<b>32</b>	2.1.3 Cidades inteligentes para a promoção da saúde
<b>35</b>	2.1.4 <i>Advocacy</i> para o fortalecimento da pauta da promoção da saúde na gestão pública
<b>38</b>	2.1.5 Formação em promoção da saúde: contribuições da Educação Permanente em Saúde
<b>40</b>	2.1.6 A quem interessa a promoção da saúde?
<b>43</b>	2.1.7 A promoção da saúde é global!

<b>46</b>	<b>3 Linha do tempo: história e memória institucional da promoção da saúde</b>
<b>47</b>	3.1 Linha do Tempo da Promoção da Saúde
<b>55</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>

---

## APRESENTAÇÃO

---

As discussões a respeito da promoção da saúde remontam ao início do século passado, com crescente presença no debate sobre a saúde, especialmente a partir da década de 1970, com a publicação do Informe Lalond, marco da promoção da saúde para o Canadá e o mundo. As construções mundiais sobre a promoção da saúde reverberaram na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que apresentou as bases para construção do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Ao longo desses anos, a promoção da saúde fortaleceu-se na estrutura do Ministério da Saúde, de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e do Distrito Federal transcritas em departamentos, diretorias, coordenações, superintendências e demais formas de organização da gestão de políticas e programas de saúde.

Com a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), abriram-se frentes de repasse de incentivos financeiros, formação de profissionais, produção de materiais técnicos e informativos, planos nacionais e indicadores que contribuíram para o fortalecimento e o reconhecimento da promoção da saúde nas ações de vigilância, assistência e atenção à saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde.

Para além do SUS, a promoção da saúde estendeu seus objetivos e suas diretrizes aos planos nacionais para o enfrentamento das violências e dos acidentes de trânsito e para a prevenção do uso de álcool e outras drogas, e alicerçou programas intersetoriais direcionados ao público escolar.

A publicação deste caderno inicia as comemorações dos 15 anos da Política Nacional de Promoção da Saúde, que instituiu objetivo, diretrizes e ações para a concretização da promoção da saúde no Sistema Único de Saúde. Representa, também, o amadurecimento construído ao longo de anos de debate e implementação de iniciativas de promoção da saúde, capitaneados pelo



Departamento de Análise em Saúde e Doenças Não Transmissíveis (DASNT) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

O conteúdo foi desenvolvido a partir das ações, das construções técnicas e teóricas, das perspectivas vivenciadas nos momentos de construção coletiva, bem como em atenção às pautas atuais relativas à promoção da saúde e à saúde pública brasileira e mundial.

Trata-se de um caderno introdutório que abre caminho para aprofundamento do temas em novas publicações. Objetiva aproximar e sensibilizar gestores e trabalhadores da saúde pública e gestores afins para a implementação de estratégias favoráveis à promoção da saúde como orientadora da práxis no trabalho em saúde e extrapolações necessárias às mudanças que impactem positivamente a qualidade de vida da população.

O conteúdo está distribuído em três capítulos, com os dois primeiros entrelaçados dialogicamente e o terceiro como contribuição à história da promoção da saúde no Brasil.

O primeiro capítulo destina-se a apresentar o conceito e a relação da promoção da saúde com os determinantes sociais da saúde, com o objetivo de elucidar e consolidar entendimentos que reconheçam a importância de se promover saúde, além das demais responsabilidades intrínsecas ao setor Saúde e áreas afetas aos determinantes sociais.

O Capítulo 2 discute a promoção da saúde na perspectiva prática com objetivo de tirá-la do pedestal de teoria e suplantará a ideia de que é difícil concebê-la como processo e resultados vivos. Para tanto, apresenta a Política Nacional de Promoção da Saúde como um dos recursos legais do Sistema Único de Saúde para a promoção da saúde nos âmbitos da Vigilância em Saúde e da Atenção Primária. Acresce a discussão com estratégias para implementação das ações de promoção da saúde, com destaque para estratégia das redes, o *advocacy* e as mudanças nas cidades para torná-las inteligentes.

Por fim, como responsabilidade institucional de manter viva e atualizada a memória do percurso da promoção da saúde no Brasil relacionada ao seu desenvolvimento mundial, o Capítulo 3 apresenta uma linha do tempo do seu



percurso histórico, por meio do qual é possível vislumbrar as transformações e os avanços alcançados até os tempos atuais.

Desejamos excelente leitura e novos conhecimentos no processo de implementação de ações de promoção da saúde em todo o País.

Assinatura  
**Secretaria da SVS**





---

# 1 PROMOÇÃO DA SAÚDE: APROXIMAÇÕES PARA A COMPREENSÃO E APROPRIAÇÃO DO SIGNIFICADO DO TEMA

---

Você já deve ter lido ou ouvido que promoção da saúde é praticar atividade física, não fumar e comer alimentos saudáveis, por exemplo.

Em parte, podemos considerar que essas afirmações possuem elementos estruturantes do conceito de promoção da saúde, mas não o traduz. Então, o que é promoção da saúde?

Segundo a Carta da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, mais conhecida como Carta de Ottawa, promoção da saúde “é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986, p. 1).

Para sustentar a construção desse entendimento sobre promoção da saúde, tem-se o conceito ampliado de saúde que supera a ausência de doença e é ressignificado a partir de elementos que constituem as condições objetivas de vida, ou seja, o que é fundamental para garantir o exercício do viver. São eles: paz; habitação; educação; alimentação; renda; ecossistema estável; recursos sustentáveis; justiça social; e equidade.

A discussão de promoção da saúde passa pelo reconhecimento de que a saúde está em constante construção. Pressupõe um entrelaçamento entre fragilidades e potencialidades do indivíduo e de coletivos, e a responsabilidade de governos em garantir direitos, acesso a serviços essenciais e possibilidades para o desenvolvimento pleno das pessoas de forma equânime. Por isso, os anos que sucederam a Conferência de Ottawa fortaleceram nas Cartas subsequentes o papel dos governos na promoção da saúde.



Para a comunidade desenvolver o potencial previsto em 1986, são necessárias a garantia de direitos; a liberdade para exercício pleno da cidadania; a institucionalização de espaços para que as pessoas possam participar e decidir sobre as políticas públicas; o acesso às condições necessárias à vida digna; a proteção contra interesses predatórios internacionais; a garantia da proteção para o trabalho; a não adoção de políticas austeras; entre outras, que devem ser capitaneadas pelos governos locais.

A Promoção da Saúde possui como princípios a equidade, a intersetorialidade, o empoderamento, a participação social, a sustentabilidade, a autonomia e a integralidade. Estes são bons marcadores para identificar se uma ação ou política está voltada à promoção da saúde. São construídos por contextos sociais, econômicos, políticos, ambientais e culturais que determinam, de forma dinâmica e visceral, a produção da vida. Esses contextos formam as relações de poder e de produção presentes em micro ou macrouniversos – ou seja, no bairro onde você mora, até em um país – e são o que determina a produção da saúde.

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são o foco da promoção da saúde com vista à superação das desigualdades e iniquidades em saúde. A relação entre eles e a promoção da saúde é diretamente proporcional, ou seja, quanto piores forem as situações de vulnerabilidades – como a ausência de garantia de direitos, a não participação da população nas decisões políticas e de gestão (políticas “de cima para baixo” (top-down)), a violência, a gravidez na adolescência, o não acesso a serviços básicos, entre outros –, mais fortemente os princípios e as ações de promoção da saúde devem ser colocados.

## 1.1 Determinantes Sociais e Promoção da Saúde

---

Os Determinantes Sociais da Saúde são as condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

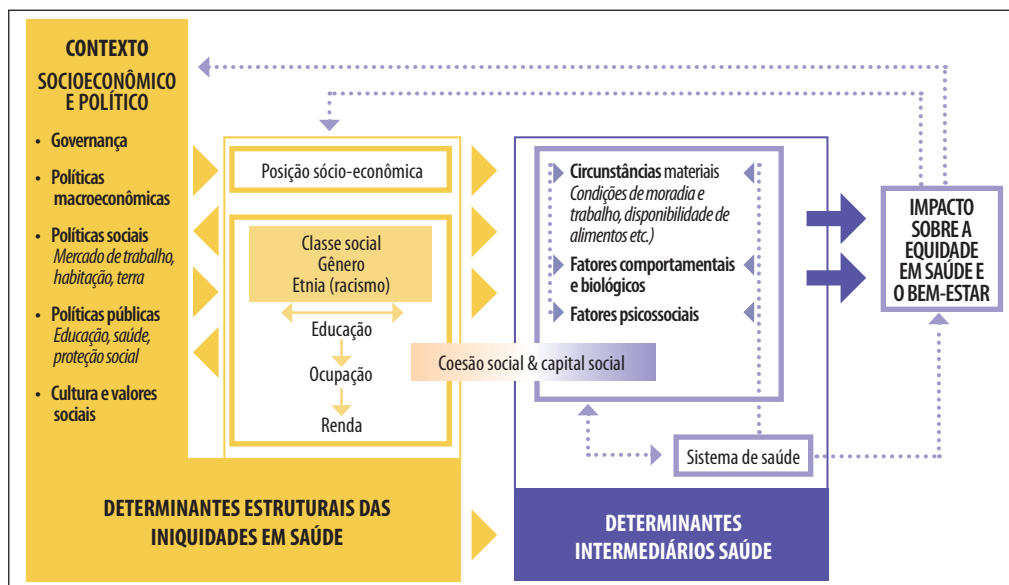
A Figura 1 dinamiza as inter-relações dos DSS na saúde e as consequências para os indivíduos e governos. Em laranja, estão os determinantes estruturais da saúde relacionados à posição socioeconômica do indivíduo na sociedade, causa de sérias iniquidades em saúde. Posições sociais que colocam o indivíduo em desvantagem e em situação de vulnerabilidade podem ser acirradas



pela existência de racismo estrutural, preconceito relacionado a gênero, à deficiência e à origem; pela não distribuição adequada de renda e por políticas governamentais superficiais ou baseada em méritos pessoais, ao ignorar que a desigualdade está na base das relações, como é o caso do Brasil.

Os autores destacam que essa desigualdade social pode ser sustentada por estruturas formais ou informais, como a educação, o mercado ou a seguridade social, todos os mecanismos estruturais que alteram o posicionamento social do indivíduo e que são responsáveis pelas principais iniquidades em saúde. Quando esses elementos não atuam positivamente, temos um Estado que não produz equidade.

**Figura 1 – Marco conceitual dos Determinantes Sociais da Saúde**



Fonte: Solar e Irwin, 2010.

A parte em azul na figura representa os determinantes intermediários diretamente produzidos pelos primeiros e que os retroalimentam provocando impacto sobre a equidade em saúde e o bem-estar.

O exercício de reflexão dos autores não é o investimento de governos e sociedades em um dos determinantes. A orientação a partir do modelo conceitual é a intervenção nos determinantes estruturais para provocar mudanças nos demais. Promover saúde implica intervir nesses determinantes.



Por isso, diz-se que a promoção da saúde possibilita ampliar a realidade e enxergar os processos estruturantes que mantêm situações depreciativas da saúde de indivíduos ou favorecem a sua superação. Como isso pode ser alcançado? Exercitando os princípios (pilares) da promoção da saúde na prática cotidiana, na formulação de projetos, programas e políticas e nas decisões políticas, sejam elas locais, regionais ou nacionais.

A publicação da PNPS apresentou uma pauta prioritária com ações de promoção da saúde recobertas pelos objetivos e pelas diretrizes desta política. A seguir, vamos exercitar essa reflexão no contexto da prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) destacando uma delas.

Digamos que o problema seja a baixa prevalência de atividade física, um dos fatores de risco para as DCNT. A primeira ação proposta é a reversão dessa situação com a promoção do aumento da prática de atividade física pela população. Chamamos isso de aumento de prevalência, que pode ser alcançada quando quem já faz continua fazendo e quem não faz passa a fazer.

Antes de pensar nas estratégias a serem desenvolvidas para o alcance do objetivo, é preciso conhecer os elementos estruturantes que determinam comportamentos, escolhas, posturas e percepções de indivíduos e coletivos em relação à ação de praticar atividade física.

Entre os elementos apresentados na literatura que estão ligados ao "fazer" em relação à prática de atividade física, estão: anos de estudo, renda, tempo livre, cor, gênero, segurança das cidades, distância de locais de práticas e apoio social.

Observe, na figura a seguir, a diferença na abordagem desse fenômeno considerando e não considerando os seus determinantes estruturais.



Figura 2 – Diferença de abordagem e relação com Promoção da Saúde





A iniciativa que abrange os elementos que determinam o processo de escolha – ou seja, que coloca o “fazer atividade física” como opção possível para toda a população, independentemente de classe social, gênero e cor – é a que mais se aproxima do conceito de promoção da saúde.

## 1.2 Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

É fato que há vários entendimentos circulando que, por vezes, resumem a promoção da saúde à prevenção de doenças ou alçam esta última ao patamar da primeira. Longe de ser uma disputa do que é mais importante, a questão aqui é entender a dimensão e as intencionalidades dessas duas construções fundamentais para a saúde e ter clareza ao aplicá-las nas ações, sejam estas estruturadas ou não em projetos ou programas.

O quadro a seguir apresenta uma comparação entre promoção da saúde e prevenção de doenças a fim de contribuir para esse entendimento. Vamos conferir!

**Quadro 1 – Características comparadas da prevenção de doenças e da promoção da saúde**

Características	Prevenção de doenças	Promoção da saúde
Marco conceitual	História Natural das Doenças	Determinantes Sociais da Saúde
Significado do termo	Preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite dano ou mal; impedir que se realize.	Impulsionar; fomentar; originar; gerar; mudar.
Objetivos	Evitar surgimento ou proliferação de doenças, prevenir.	Promover o bem-estar geral por meio da transformação das condições de saúde.
Foco	Doença (causas, formas de transmissão, comportamento epidemiológico, fatores de risco e proteção).	Mudanças nos determinantes estruturais que provocam iniquidades em saúde.
Abordagens	Divulgação de informações e recomendações (campanhas) para mudança de hábitos.	Mudanças estruturais em cidades, políticas econômicas e sociais, construção de espaços de participação.
Operacionalização	Ação pontual, unilateral, intersetorial.	Ação multiestratégica, intersetorial.
Lugar do sujeito	Receptivo, responsável pela mudança.	Participativo, corresponsável pela mudança.
Expressões e termos clássicos	Adoção de estilo de vida saudável / Evite! / Use! / Prevenir é o melhor remédio! / Conhecer para prevenir / Fatores de risco e de proteção para a saúde / Faça sua parte! / Procure uma Unidade Básica de Saúde / Mexa-se!	Construção de modos de vida / Participe! / Sustentável / Saudável / Lazer / Ambientes/ Qualidade de Vida / Equidade / Desenvolvimento / Políticas/ Cidades.

Fonte: Adaptado com base em Czeresnia, 1999; Santos *et al.*, 2006, Coutinho *et al.*, 2013 e campanhas do Ministério da Saúde, 2007 a 2010.



As diferenças entre prevenção de doenças e promoção da saúde apresentadas no Quadro 1 objetivam esclarecer as intencionalidades de cada uma delas, essencial para a compreensão de quando se deve investir em uma ou nas duas, de forma integrada. O mais importante é saber localizar, no processo de produção de saúde e construção do cuidado, qual das abordagens está em desenvolvimento. Este entendimento é fundamental para evitar, por exemplo, resultados ou desfechos esperados que não são característicos de determinada abordagem, ou para realizar ações típicas de uma delas com propósitos estabelecidos para a outra. Conhecer as diferenças é importante para identificar as potencialidades.

É salutar compreender que ambas são essenciais e podem coexistir no mesmo espaço e tempo.

### 1.3 Promoção da Saúde e Vigilância em Saúde

---

A Vigilância em Saúde é definida como

[...] processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018, art. 2).

Ao observarmos cuidadosamente a definição acima, podemos visualizar uma costura organizacional que alinha os vários processos que compõem uma ação de Vigilância em Saúde. Longe de aprisioná-los em uma sequência burocrática, mas com a intenção de demonstrar as conexões necessárias ao trabalho efetivo, parte-se de um conhecimento apurado da situação de saúde do território para um planejamento que vise à abordagem e à superação dos problemas, dos riscos e das vulnerabilidades em saúde encontrados, lançando mão de tecnologias, métodos e recursos relacionados aos conhecimentos acumulados para ações de proteção, promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Este macroprocesso é retroalimentado com informações que, em novas análises, acrescem o conhecimento sobre o território com medidas de acompanhamento dos resultados das ações já realizadas ou dos serviços implantados.



**Um modelo de atenção integral à saúde deve considerar a Vigilância em Saúde como componente indissociável da produção do cuidado.**

Para vislumbrarmos sucesso nas ações de Vigilância em Saúde, precisamos integrá-la ao processo de produção da saúde no território. Não se trata de encaixá-la ou somá-la às ações e aos serviços que já são desenvolvidos. Como dimensão da política de saúde, exigirá mudanças no modelo de atenção à saúde, no processo de trabalho, na formação dos profissionais e na gerência das redes de saúde.

Vamos pensar a respeito disso no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), a partir da necessidade de serem estruturadas cinco dimensões necessárias à formação de um conjunto:

**Integração de territórios** – A integração dos territórios da Vigilância em Saúde e Atenção Primária é assunto recorrente quando se fala em articular vigilância em saúde e APS.

Passa pela sincronização das rotinas dos profissionais até a dimensão da reorganização desse nível de atenção à saúde. Sobre esse tema, recomendamos a leitura do material *Guia Política Nacional de Atenção Básica Módulo 1: Integração, Atenção Básica e Vigilância em Saúde*, disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_pnab.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_pnab.pdf)

Os pontos centrais que queremos destacar sobre esta discussão são: ·existem várias vigilâncias (epidemiológica, sanitária, ambiental, do trabalhador e nutricional) que devem ser consideradas na integração dos territórios; e, além das doenças transmissíveis, as não transmissíveis e os agravos (violências e acidentes) são objetos da Vigilância em Saúde – falamos aqui sobre tecnologias e processos diferentes que precisam guiar essa integração. Em outras palavras, o “território da dengue” não deve ser o único considerado nessa ação complexa de integração.





Os pontos anteriores transversalizam as três dimensões seguintes, que são:

**Organização do processo de trabalho** – Contempla organização de reuniões, incluindo periodicidade, diversidade de temas, horários e tudo que garanta a representatividade da integração pretendida. Tendo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como referência para prestação dos serviços na APS, cabe discutir a reorganização do espaço e a construção de referência para as ações de Vigilância em Saúde nesses locais.

**Planejamento** – Ampliado, contemplando as ações de vigilância no conjunto de ações e serviços na APS. Isso deve refletir nos objetivos e nas metas, agora traçados sob essa perspectiva.

**Monitoramento e avaliação** – Clássicos na Vigilância em Saúde, precisam compor as ações da APS. Esta dimensão exige exercícios de otimização e comunicação entre sistemas, a exemplo do e-SUS, e análises conjuntas que incluam indicadores das duas grandes áreas. Sobretudo, esta dimensão deve compor o planejamento, não apenas para justificá-lo, mas para conferir substância aos objetivos e às metas.

**Educação Permanente em Saúde (EPS)** – Esta dimensão deve alinhar as demais, mantendo presentes, atualizados e fortes os recursos técnicos, pedagógicos, institucionais, gerenciais, políticos e científicos para gestores e profissionais de Saúde. Falaremos sobre EPS mais adiante.

Há muitos elementos que despontam quando se começa um processo complexo como a integração da Vigilância em Saúde com a APS. Um deles é o cuidado.

## 1.4 Promoção da Saúde e Produção do Cuidado na APS

---

Mesmo que de imediato não seja possível expandir determinada ação de promoção da saúde para interferir nos macrodeterminantes, no universo da vigilância e atenção à saúde, este ensaio pode começar integrando-a ao processo de cuidado em saúde.



A Política Nacional de Atenção Básica é a principal referência para organizar as ações neste nível de atenção. Seus princípios e suas diretrizes possuem estreita relação com a promoção da saúde. Além disso, a promoção da saúde é um dos seus componentes.

**Compor o cuidado requer que as iniciativas sejam visíveis no processo de trabalho e organização das ações.**

Uma primeira estratégia é organizar as iniciativas de promoção da saúde por dentro da estrutura do cuidado, tornando-as visíveis no processo de trabalho e no monitoramento. Isso pode favorecer transformações com potencial positivo na produção do cuidado em saúde.

Nesse sentido, é pertinente prever ações de promoção da saúde nos instrumentos da prática do cuidado, como protocolos em saúde; na carteira de serviços da unidade de saúde na Atenção Primária à Saúde; na educação permanente dos profissionais; nas linhas de cuidado com as quais possuem relação; e no perfil dos profissionais a serem contratados para compor equipes de saúde.

Programas que formam a APS não são apêndices, são parte do modelo desse nível de assistência e atenção à saúde das pessoas. Quando não integrados, revelam fragmentação e dispersão do trabalho, além de favorecerem pautas independentes dos profissionais, que são fracas em garantir a integralidade do cuidado e o trabalho coletivo.

Programas como o Saúde na Escola (PSE) e Academia da Saúde devem alimentar o campo de saberes e práticas da saúde, enriquecendo as possibilidades de abordagens e competências técnicas dos profissionais de Saúde da APS e Vigilância em Saúde.

Não aprisionados nas escolas e nos polos, o PSE e o Academia da Saúde são ótimos caminhos para a construção de redes. No PSE, por exemplo, o diálogo de aproximação da educação deve ser ressignificado, superando os procedimentos e ampliando-se para a preocupação com a garantia de permanência na escola e a continuidade dos estudos alcançada com a redução da evasão por motivo de saúde.



No Academia da Saúde, compor com setores do esporte, lazer, educação, cultura e segurança pública favorece o delineamento de objetivos voltados à saúde integral e à promoção da saúde.

## QUER SABER MAIS SOBRE O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE?

Acesse o material disponível no Portal da APS com a história, ações, financiamentos, recursos metodológicos e monitoramento em <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTQ0MQ==>

Sobre o Programa Saúde na Escola os materiais estão disponíveis em <https://aps.saude.gov.br/ape/pse>

O Ministério da Saúde lançou um EAD aberto ao público com carga horária de 30h sobre a origem, os princípios, características e operacionalização do Programa Saúde na Escola. Acesse <http://modelo.sedis.ufrn.br/avasus2dev/> e clique em Implementando o Programa Saúde na Escola.

Como estratégias mais gerais, recomenda-se incluir a promoção da saúde nos instrumentos de gestão (plano de saúde e respectivas programações anuais de saúde e o relatório de gestão), com objetivos, metas, indicadores e recursos financeiros previstos.

É importante e estratégico apresentar e pactuar, junto ao Conselho de Saúde, propostas para a promoção da saúde na rede local. Essa estratégia pode ascender para a Comissão Intergestores Regional (CIR), na qual a solicitação pode ser planejar para toda a região de saúde.

Articular os usuários, especialmente lideranças comunitárias, para debater o tema é uma forte estratégia para pautar a promoção da saúde no interesse e na concepção das pessoas sobre saúde. O controle social tem potencial para, entre outras coisas, amplificar o debate sobre o tema e encurtar o tempo que essa pauta levaria para ser reconhecida pelos gestores com a devida importância.

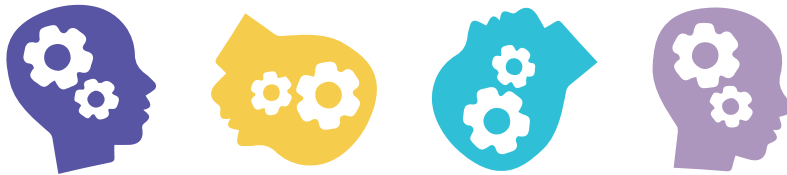
Outro ganho com a articulação dos usuários sob a perspectiva da promoção da saúde é ampliar as ações clássicas de cuidado (consulta, grupos de doenças) para interferências mais substanciais na vida das pessoas.

Tenha em mente que abordagens na perspectiva da promoção da saúde tendem a transcender o setor Saúde. Por exemplo, uma ação, inicialmente de prevenção



primária do diabetes mellitus na APS tem potencial para avançar da orientação nutricional e das palestras para a organização da comunidade em torno de maior disponibilidade e acesso a alimentos saudáveis, podendo levar à organização de feiras comunitárias de alimentos orgânicos que, por sua vez, pode resultar em lei municipal que interfira positivamente no acesso da população a eles. Pense nisso!

Chegamos ao final do capítulo. Agora que você sabe o que caracteriza a promoção da saúde, em sua opinião, qual(ais) iniciativa(s) e/ou estratégia(s) vigente(s) no SUS se avizinha(m) dessa perspectiva?



Pensou em algo? Caso sim, agora pense no que lhe chamou atenção na(s) escolha(s) para considerá-la(s) de promoção da saúde.

Vamos continuar esta discussão no capítulo seguinte, que aborda os princípios da promoção da saúde e como eles, em conjunto com os eixos previstos na Política Nacional de Promoção da Saúde, são estruturantes em processos de fortalecimento de ações de saúde para mudanças significativas de contextos desfavoráveis ao seu pleno desenvolvimento.

Antes, confira o resumo do que vimos até aqui.

Este capítulo abordou o conceito de promoção da saúde, sua relação orgânica com os determinantes sociais da saúde e diferenças da prevenção de doenças.

As conclusões esperadas são:

- A promoção da saúde necessita de um conceito ampliado de saúde.
- Falar em promoção da saúde é abordar os Determinantes Sociais da Saúde. Promover saúde significa provocar mudanças positivas nesses determinantes.
- A promoção da saúde está além do setor Saúde, mas este precisa ser um articulador.
- Promoção da saúde é diferente de prevenção de doenças.
- A promoção da saúde é um conceito prático.

---

## 2 PRATICANDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE

---

### 2.1 Oportunidades e Recursos à Implementação da Promoção da Saúde

---

Vamos começar esta discussão apresentando a mais importante publicação do Ministério da Saúde sobre o tema: a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

A PNPS foi lançada em 2006, com o objetivo geral de: promover equidade e melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2006).

O advento da PNPS trouxe, à saúde pública, a ascensão de pautas relacionadas às DCNT, especialmente seus fatores de risco e proteção, à promoção da Cultura de Paz e Não Violência, à alimentação saudável e ao desenvolvimento sustentável. Iniciativas como Escolas Promotoras de Saúde, Saúde e Prevenção nas Escolas, Municípios Saudáveis, Programa Saúde na Escola e inúmeros projetos de práticas corporais e atividades físicas passaram, à época, a serem estratégicos para o fortalecimento da promoção da saúde no País.

Em 2014, a PNPS foi revisada para atualização do seu conteúdo frente aos avanços e novos desafios à saúde pública e os “compromissos assumidos pelo governo brasileiro” (ROCHA *et al.*, 2014, p. 4315).

A PNPS vigente ampliou o escopo das ações de promoção da saúde no setor Saúde, trouxe a educação e a formação para o centro das discussões e acresceu, entre outros elementos, eixos operacionais que dialogam com a atenção primária e a vigilância em saúde de forma integrada, unidas pelo território e dinamizadas pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Estruturar ações de promoção da saúde no SUS requer reforçar os princípios nos eixos operacionais.

A Política de Promoção da Saúde apresenta oito temas prioritários que funcionam como uma agenda para sua implementação, que pode ser acrescida



pelos entes federais conforme demandas locais e desafios que surgirem frente ao interesse de implementar ações de promoção da saúde.

Os temas abordam a formação e a educação permanente como estratégia para fortalecer a ação dos profissionais e gestores de Saúde voltadas à promoção da saúde e do desenvolvimento sustentável, e os fatores de proteção contra as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, violências e acidentes de trânsito, que juntos são responsáveis por quase a totalidade das mortes no País.

Cabe destacar que, além da magnitude epidemiológica, os temas foram definidos em atenção às agendas internacionais das quais o País é signatário, a relevância social e a saúde da população.

Vejamos os temas da PNPS com algumas recomendações para o desenvolvimento deles no mosaico a seguir.





Os temas da PNPS devem ser operacionalizados envolvidos pelos princípios e eixos operacionais apresentados a seguir:

## Quadro 2 – Princípios e eixos operacionais correlatos para implementação das ações de Promoção da Saúde

Princípios da promoção da saúde	Eixos operacionais da PNPS
Equidade, intersetorialidade, empoderamento, participação social, sustentabilidade, autonomia e integralidade.	Territorialização; Articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial; Redes de Atenção à Saúde; Participação e controle social; Gestão; Educação e formação; Vigilância, Monitoramento e Avaliação; Produção e Disseminação de conhecimento e Saberes; Comunicação Social e Mídia.

Fonte: Elaboração própria.

O que se espera na aplicação prática dos temas da PNPS é que as iniciativas sejam implementadas em torno dos eixos propostos, ou seja, que eles sejam guias desde a elaboração até a execução.

Mas, por onde começar? Entre os vários caminhos, pensar a partir do território pode ser uma alternativa vantajosa, já que essa dimensão encerra dinâmicas de mútua influência com as vidas das pessoas, com os serviços, o processo de trabalho e a atuação profissional em saúde.

Território é claramente um espaço geográfico delimitado. No entanto, é um espaço ativado pelas pessoas que nele vivem, trabalham ou circulam. Isso foi traduzido pelo geógrafo Milton Santos como território vivo. No território, o limite geográfico é importante, mas não deve ser a principal característica, pois, muitas vezes, esses limites são expandidos, reduzidos ou redesenhados pelas pessoas que o habitam.

Já a territorialização aplicada à saúde é a “ocupação” do território com os serviços e as ações dispostos e organizados a partir das demandas de saúde mapeadas e conhecidas; ou seja, é preciso conhecer o território para fazer a territorialização. Esse é um dos princípios que orienta a Atenção Primária à Saúde, que é o nível de atenção à saúde mais próximo do sujeito que vive no território. Por isso, é referenciada como a principal porta de entrada nos serviços de saúde.

**A ação de territorializar é uma ação de aprendizado e produção de conhecimento. Em ato, faz-se, por exemplo, redes de apoio, de contato de troca, essenciais para ações que visem à promoção da saúde.**





## 2.1.1 Como conhecer um território?

---

Tanto a Atenção Primária como a Vigilância em Saúde dispõem de várias ferramentas e estratégias para reconhecimento do território e organização dos serviços e ações.

Vamos começar pela clássica Análise de Situação de Saúde (Asis). A Asis é um processo analítico que permite identificar o perfil de saúde e de adoecimento das pessoas que vivem no território. É baseada em informações oficiais, fornecidas por sistemas. É contínua, estratégica e deve orientar a organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2015). Veja alguns indicadores essenciais para a construção da Asis da população de um território:



## PROMOÇÃO DA MOBILIDADE SEGURA:

### Tipos de dados para mapeamento das situações de saúde e doença no território

- **Demográficos:** referem-se à população, tais como o número de habitantes de uma área ou a distribuição por idade, sexo, cor ou raça, densidade e urbanização.
- **Ambientais e de condições de vida:** referem-se às características dos domicílios, rede de esgoto e variáveis sociais (por exemplo, renda, escolaridade) que caracterizam o contexto de vida da população ou dos indivíduos.
- **Morbidade e fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis:** referem-se à ocorrência de doenças e agravos à saúde, disponíveis nos sistemas de informação (Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan) e inquéritos em saúde (Pesquisa Nacional de Saúde, Vigitel, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Vigilância de Violência e Acidentes (Viva) etc.).
- **Mortalidade:** refere-se aos óbitos. A declaração de óbito é a principal fonte de informação sobre as causas de morte da população que são registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- **Serviços de saúde:** descrevem os recursos e a produção dos serviços de saúde, disponíveis em sistemas de informação e pesquisas em saúde (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), entre outros).
- **Cobertura da Atenção Primária à Saúde:** verifica a relação do total de equipes e o número de pessoas cobertas, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (Pnab).
- **Produção das equipes (procedimentos e atividades):** verifica o Sistema de Informação da Atenção Básica (Sisab) e identifica as demandas e os tipos de serviços e ações desenvolvidos e a cobertura deles.

Os dados dos principais sistemas de informação e pesquisas demográficas e de saúde podem ser acessados nos sites: <https://www.ibge.gov.br/> e <http://datasus.saude.gov.br/>.

Até aqui, falamos do mapeamento e do reconhecimento do território na perspectiva da análise da situação de saúde. Agora, vamos acrescentar com a perspectiva da promoção da saúde.

**O mapeamento do território com vistas à territorialização precisa ser uma ação compartilhada entre os profissionais de Saúde. A construção, a finalização e a análise dele devem constar nas etapas do planejamento em saúde para aquele território ou município.**



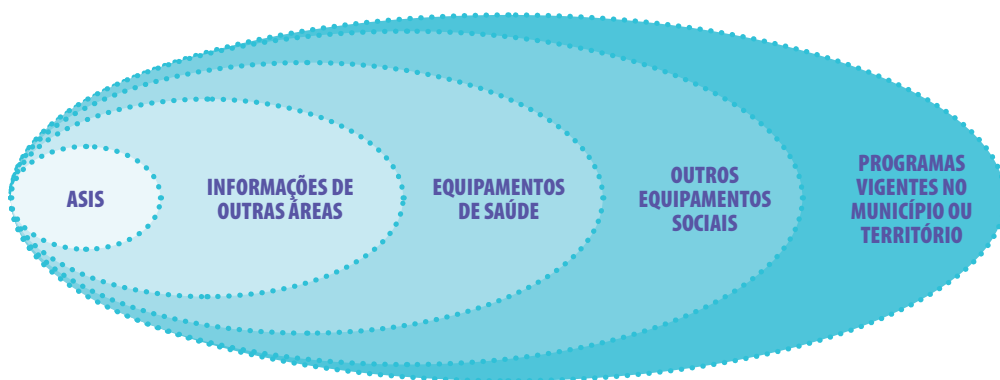
Considerando os DSS, é fundamental obter outras informações para se aproximar ainda mais da realidade local.

Para além dos equipamentos de saúde, devem ser mapeados outros equipamentos sociais, como escolas, creches, Centro Regional de Assistência Social (Cras), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), espaços públicos de esporte e de lazer (praças, parques, quadras ou similares) e aqueles que são utilizados para tal fim, como ruas e descampados; espaços religiosos (igrejas, terreiros, templos, centros e afins); espaços comunitários; associações de moradores, Centros Sociais Urbanos; sindicatos; delegacias; entre outros.

**É importante mapear as potencialidades do território.**

Outra informação importante é saber quais programas federais, estaduais e municipais da saúde e de outras áreas afins estão vigentes no município ou no território. Isso é fundamental para, no processo de formação de redes, fortalecer as ações; aumentar a cobertura; estabelecer fluxos; captar públicos que comumente não usam os serviços de saúde das unidades básicas; abranger o ciclo de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso); amplificar a disseminação de informações; e conhecer as várias tecnologias desenvolvidas por cada iniciativa que podem enriquecer o processo de trabalho individual e coletivo na lógica de ganho mútuo na interação.

**Figura 4 – Componentes do processo de mapeamento e conhecimento do território na perspectiva da promoção da saúde**



Fonte: Elaboração própria.







Nos últimos anos, as redes sociais passaram a ser interesse da promoção da saúde pelo forte potencial anteriormente mencionado, como recursos especiais a serem utilizados para o alcance de objetivos (MENDES; BÓGUS *et al.*, 2013).

Fazer redes exige tempo, capacidade de diálogo e gestão compartilhada. A intersetorialidade é um dos eixos operacionais da PNPS e é uma condição para a formação de redes.

Ao contrário do que muitos acreditam, a ação intersetorial não significa juntar o que se faz separado. Não é soma. É uma relação dialética que cria algo pertencente a todos que o fizeram. Portanto, pressupõe, essencialmente, horizontalidade das relações, intercâmbios de conhecimentos e objetivos comuns.

Sabe-se que a prática intersetorial não é algo natural na burocracia pública. Ao contrário, a experiência é a burocracia atuando como barreira à prática da intersetorialidade. Além disso, a comodidade das pessoas no trabalho monotemático, aprisionadas em “caixinhas” pela burocracia e compensadas com o domínio de determinado assunto, dificulta propostas de trabalho intersetoriais. Porém, possivelmente, a resistência estrutural à intersetorialidade se deva ao fato de que ela exige e provoca fortes mudanças no modelo organizacional e nos processos de trabalho.

### **O quanto você incentiva ou realiza iniciativas intersetoriais no seu trabalho?**

A intersetorialidade é exercitada, por exemplo, em políticas ou programas que tratam de questões complexas, como a fome, a pobreza, as violências e os acidentes, as doenças crônicas não transmissíveis, as drogas, a evasão e o abandono escolar, entre outros.

É fato que a saúde é uma das áreas mais procuradas para desenvolvê-la. São inúmeros os exemplos que desmontam a máxima de que “fazer com o outro” é algo que não atrapalha a singularidade da área. Ao contrário disso, acrescenta novos saberes e práticas que fortalecem a construção das ações de saúde.













**Alcance internacional** – Refere-se à implementação de iniciativas que se tornem referências para o mundo. Cidades conhecidas por sua arquitetura sustentável, sistema de mobilidade urbana, ecoturismo, entre outros.

**Tecnologia** – Trata-se do desenvolvimento tecnológico para melhorar a vida das pessoas. A tecnologia deve possibilitar o desenvolvimento e a sustentabilidade dos demais aspectos em prol do coletivo e ampliar a competitividade da cidade local, nacional e mundialmente. Uma ação inicial é a inclusão digital dos cidadãos.

**Governança** – Este componente se refere à capacidade do governo de promover a participação dos cidadãos no acompanhamento e nas decisões, bem como de conseguir articular com atores sociais para o desenvolvimento das políticas. A governança, no contexto das tecnologias, exige a alta transparência dos governos (*accountability*) com disponibilização de processos em fase de planejamento, andamento ou concluídos, decisões previstas ou tomadas, uso dos recursos públicos e garantia da participação do cidadão, desde a emissão de opinião até a solicitação formal de informações sobre a ação pública.

Na lógica das redes, a governança por meio das tecnologias chama-se e-governança (governança eletrônica), que possibilita a participação dos cidadãos via internet (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2015).

## VOCÊ SABIA?

Em 2011, o governo federal criou a Lei n.º 12.527, de Acesso à Informação (LAI), que regulamentou o direito constitucional de acesso às informações públicas. A Lei vale para os três Poderes da União, estados, Distrito Federal, municípios e Tribunais de Conta e Ministério Público. Entidades privadas sem fins lucrativos também são obrigadas a dar publicidade a informações referentes ao recebimento e à destinação dos recursos públicos por elas recebidos (LIBARDONI, 2000).

Acesse <http://www.acessoainformacao.gov.br/> e conheça mais sobre a LAI e como solicitar informações.

O conceito de cidades inteligentes é a representação presente de como os aspectos estruturais são fundamentais às mudanças cujos objetivos são de amplo escopo, voltados a grandes coletivos e visam resultados duradouros.



As estratégias para implementação de ações de promoção da saúde podem valer-se dos vários aspectos que compõem as cidades inteligentes, inclusive, tornar-se factível utilizando-os como via.

## 2.1.4 *Advocacy* para o fortalecimento da pauta da promoção da saúde na gestão pública

---

Convencer é uma atitude que fazemos cotidianamente, seja com outra pessoa ou com nós mesmos. Lançamos mão de vários artifícios para fazer valer uma opinião ou ideia. Esta ação, quando desempenhada de forma saudável, fortalece o debate, amplia conhecimentos e pode até colocar em pauta questões importantes que foram negligenciadas.

Quando falamos sobre argumentação para alguma coisa enquanto prática e ferramenta na gestão e na política, é necessário ampliar esse entendimento e utilizar meios e materiais robustos para conferir solidez aos argumentos. Neste momento, deixa de ser uma prática rotineira, quase natural, para uma técnica especializada que propõe influenciar atores sociais, como deputados(as), vereadores(as), prefeitos(as), coordenadores(as), equipes de trabalho e sociedade civil. A argumentação passa a se chamar *advocacy*.

### VOCÊ SABIA?

---

O termo *advocacy* é originário da palavra latina ***advocare***, que significa “ajudar alguém que está em necessidade”. Em português, a relação com as palavras *advocacia* e *advogar* traduziu *advocacy* como “defesa e argumentação de uma causa”. Ao longo dos anos, *advocacy* passou a ser utilizada, também, para conotar a mobilização de setores e atores sociais para a defesa de uma pauta como o objetivo de dar visibilidade e provocar efeitos que podem ser exemplificados como a mudança de determinada política ou a criação de outras que atendam aos interesses reivindicados pelo coletivo.

Possivelmente, para a maioria dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, a ação de *advocacy* seja traduzida como elaboração de relatórios técnicos ou uma Análise de Situação de Saúde para subsidiar uma decisão do gestor público. Esses dois componentes são partes fundamentais, mas não são as únicas.



O *advocacy* nas políticas públicas, que é o nosso recorte de discussão, deve visar ao coletivo. Busca elevar a ideia, a questão ou a proposta ao mais alto nível de decisão, incluindo-a em pautas e agendas políticas importantes. Para tanto, além de ótimas informações fornecidas por uma Asis ampliada, é fundamental que sejam agregadas experiências com sucesso comprovado, informações técnicas e científicas.

Outro elemento central que fortalece o processo de *advocacy* é os atores sociais, já comentados aqui quando falamos sobre redes. Aliás, fazer rede é essencial nesse processo. As pessoas que farão o *advocacy* precisam estar sustentadas por um ou mais grupos de interesse da pauta; do contrário, corre um sério risco de fracassar. Convencer, nesta abordagem, não pode ser uma tarefa solitária.

Nesse contexto, a ação de *advocacy* possui uma linha de construção testada e utilizada com sucesso no mundo para pautar várias questões em agendas locais, regionais, nacionais e mundiais (ALIANÇA DE CONTROLE DO TABAGISMO, [201-]).

Vamos conhecer!

1. Defina o problema ou a questão. O que se quer modificar e por quê? O problema precisa estar alinhado aos objetivos e à missão do setor de origem. Isso aumenta as chances de adesão interna e de apoio à iniciativa.
2. Defina os objetivos e as metas desejáveis com a argumentação. Aonde se quer chegar? Quais são os pontos centrais em que a questão escolhida precisa avançar? Qual o prazo para cumprir as metas definidas?
3. Levante dados e informações sobre o problema ou a questão – experiências em outros municípios ou até países; pesquisa de opinião, evidências científicas, casos de sucesso comprovado, documentários.
4. Conheça os contextos políticos local, estadual e nacional, especialmente se constarem nos objetivos a elaboração e a publicação de uma lei. Conheça os planos de governo e identifique se já existe alguma diretriz ou ação próxima do problema ou da questão levantada.
5. Identifique os públicos da ação da argumentação para a promoção da saúde. Os atores sociais são instituições, grupos ou pessoas-chave para serem convencidas da pauta e com maior potencial de trazê-la à tona nos espaços de decisão e de reforçá-la junto à população. Aqui, já precisam ser incluídos os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.





## 2.1.5 Formação em promoção da saúde: contribuições da Educação Permanente em Saúde

---

A formação de profissionais inseridos no SUS e a integração ensino-serviço com instituições formadoras de profissionais para o setor Saúde têm como principal orientação a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps) publicada em 2007, republicada na Portaria de Consolidação n.º 2, Anexo XL, Capítulo I (BRASIL, 2017).

Educação Permanente em Saúde é aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. É feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da Saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e o desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautados pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (CECCIM; FERLA, 2009; BRASIL, 2017).

**Os processos de Educação Permanente em Saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.**

O entendimento sobre educação permanente na Pneps aborda todas as possibilidades de atualizações; formação em serviço, para o trabalho; controle social, para redes; além de abranger a construção de subjetividades e aprendizagens significativas para responder à complexidade do trabalho em saúde. Essa ampliação do entendimento é característica do setor Saúde, que sistematizou e construiu conhecimentos para chamá-la de Educação Permanente em Saúde.

Mais que uma nova terminologia, a Educação Permanente em Saúde tem elementos a serem considerados em sua execução, tais como: a formação e a experiência dos sujeitos; a articulação entre ensino-aprendizagem; a interação com o trabalho para sua transformação; o contexto e sua interação com a produção de saúde; e a capacidade de respostas aos problemas de saúde a partir do entendimento e da apropriação da sua gênese (CECCIM, 2005).







Cabem, na formação para a promoção da saúde nos serviços de saúde e na formação para trabalhar nesse setor, seja técnica ou superior, todos os aspectos acima mencionados. É, sem dúvida, uma resposta complexa aos problemas de saúde, e não poderia ser diferente.

Vamos continuar esta conversa no tópico a seguir, conhecendo um pouco mais sobre promoção da saúde.

## 2.1.6 A quem interessa a promoção da saúde?

---

Essa pergunta parece ter uma resposta única: a todas as pessoas. No entanto, quando a envolvemos na estrutura e na burocracia dos serviços públicos, vemos que cada setor possui um “grande interesse”, que não necessariamente passa pela saúde, especialmente quando o entendimento sobre saúde for ausência de doença.

É comum reduzir a Saúde a hospitais, ambulâncias, doenças ou médicos. Assim como a Educação, nesse imaginário social, também aparece reduzida a escolas, alunos, avaliações ou professores; a infraestrutura a obras, asfalto ou saneamento; ou a Assistência Social a cadastros, benefícios ou desassistidos. Corresponder, institucionalmente, a esse imaginário é um prejuízo à discussão e à implementação de processos estruturantes voltados à promoção da saúde.

Atenta a esta e a outras questões, o Encontro Internacional sobre a Saúde em todas as políticas, realizado em 2010 na cidade de Adelaide, Austrália, ratificou a necessidade de um compromisso conjunto dos governos com a saúde como objetivo comum das políticas, firmadas em documentos governamentais de planejamento, que busque a intersetorialidade e o compartilhamento de agendas para superar os determinantes estruturais da saúde, que vão além desse setor.

As estratégias propostas pelo documento “Saúde em Todas as Políticas” são características da construção de redes, que discutimos anteriormente. Entre os pontos em comum, estão o orçamento integrado, as equipes multissetoriais, a consulta à comunidade, o desenvolvimento de estudos avaliativos e sistemas com informações transversais.

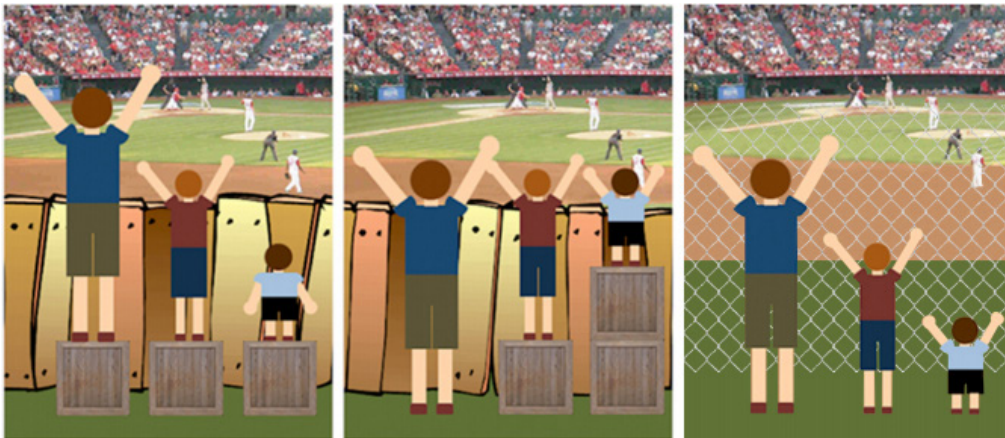
O interesse pela saúde como produto das políticas não significa que todos trabalharão para o setor Saúde. O objetivo é tornar a saúde e o bem-estar de todos objetivo comum para as políticas, não importa se municipais ou globais.





As contradições produzem iniquidades – que são fatores injustos, mas evitáveis – que perduram na produção de desigualdades sociais. Essas desigualdades impactam fortemente as condições de saúde dos indivíduos. A equidade seria o oposto e buscaria garantir em forma, quantidade e meios o que é adequado para determinadas necessidades. Não é ofertar a mesma coisa para todos, é adequar a oferta de acordo com a necessidade. Nesse sentido, é diferente da igualdade. Vejamos na Figura 6.

**Figura 6 – Igualdade e equidade**



Fonte: Adaptada de Canada, 2015.

A figura à esquerda mostra a igualdade de acesso ao objeto – um caixote – para assistir ao jogo de baseball. Nesse caso, a solução não resolveu a necessidade de todos. A figura ao centro traz o mesmo objeto distribuído de forma adequada às necessidades para que todos possam assistir ao jogo.

A tirinha sobre igualdade e equidade ganhou uma terceira figura, à direita, que traz a equidade representada pela retirada de barreiras.

A redução de iniquidades e garantia de equidades é papel do Estado por meio de mecanismos que garantam direitos, aumentem as oportunidades para quem delas necessitem (direcionar políticas) e ofertem serviços públicos com amplo acesso e qualidade.

Na perspectiva da promoção da saúde, cabe uma quarta figura na tirinha que demonstre a inclusão dos três sujeitos na arquibancada para que possam assistir ao jogo do lugar adequado.



As discussões sobre promoção da saúde extrapolam o setor Saúde, como já aprendemos. No entanto, esse setor deve ser o maior articulador desta discussão e da materialidade da promoção da saúde nas políticas públicas.

### 2.1.7 A promoção da saúde é global!

---

A robustez da promoção da saúde é capaz de conferir pertinência às suas diretrizes nos âmbitos local, regional, nacional e mundial.

Os vários encontros que tratam da promoção da saúde e reforçam suas diretrizes em documentos alusivos aos eventos realizados – Cartas e Declarações de Ottawa, de Santafé de Bogotá, de Curitiba etc. – são marcos que orientam a construção do conceito e sua implementação por meio de políticas e de ações.

Em relação ao entrelaçamento voltado à vida digna, sustentável, produtiva, criativa, segura, protetiva e de forma estendida aos recursos naturais e demais seres vivos, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) representam globalmente esse marco.

Os 17 ODS constituem uma agenda mundial de 169 metas a serem alcançadas até 2030, relacionadas a ações voltadas para a erradicação da pobreza, a segurança alimentar, a agricultura, a saúde, a educação, a igualdade de gênero, a redução das desigualdades, entre outras.

O Brasil é um dos países signatários da Agenda 2030 dos ODS e conta com o apoio de estados e municípios para o alcance das metas. Nesse sentido, divulgar e discutir os ODS localmente, além de sintonizar a agenda política e social com diretrizes nacionais e globais, pode oportunizar o fortalecimento de redes, já que os 17 objetivos são fortes candidatos a serem temas comuns, unificadores de várias áreas da gestão pública.

Conheça os ODS!



**Figura 7 – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**



Fonte: <https://nacoesunidas.org/pos2015/>

Para a gestão dos ODS no município ou no estado, há recomendação da formação de comissões para garantir o desenvolvimento das atividades relativas à implementação da Agenda 2030.

A seguir, são apresentadas algumas etapas para organização local ou regional da governança da Agenda 2030 dos ODS:

Identificação das áreas técnicas da Saúde e demais setores do governo relacionados aos ODS e que irão compor a Comissão Local de monitoramento.

Realização de edital ou chamamento público para seleção de entidades (universidades, institutos de pesquisa etc.) e organizações da sociedade civil (conselhos de políticas, associações, organizações não governamentais) com interesse em compor a comissão.

Publicação de ato normativo instituindo a Comissão Local.

Seleção e adequação das metas e dos indicadores nacionais à realidade local.

Incluir e pactuar metas ODS no planejamento (PPA) e no orçamento.

Mapear as políticas públicas relacionadas com as metas dos ODS.

Definir as responsabilidades, os fluxos, a periodicidade de envio das informações que serão monitoradas.

Discutir e analisar os indicadores e propor recomendações para os setores responsáveis pela implementação das políticas relacionadas.



---

## 3 LINHA DO TEMPO: HISTÓRIA E MEMÓRIA INSTITUCIONAL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

---

Contar história é uma das ações humanas mais antiga. Desenhada, falada, escrita ou traduzida em filmes; mundiais, nacionais ou locais, as histórias nos acompanham por toda a vida. Geralmente, inspiram-nos cuidados, lembranças e sonhos. Em essência, elas nos ensinam.

Este capítulo apresenta fatos que marcaram uma das histórias mais interessantes na construção da saúde coletiva: a da promoção da saúde.

Organizados cronologicamente, por ano, os eventos que compuseram a linha do tempo aqui apresentada representam os marcos ligados direta e indiretamente à promoção da saúde no mundo e no Brasil. Engloba eventos, reuniões e acordos internacionais, além de políticas, programas e medidas governamentais tomadas para o seu fortalecimento na saúde.

Longe de resumir a história até aqui construída, mas próxima do compromisso de criar uma memória institucional, a linha do tempo procura mostrar como os eventos, mesmo separados por décadas, entrelaçaram-se para propiciar o avanço da promoção da saúde no mundo e nacionalmente. Cada um com sua importância, relacionados como causa e consequência, como eco ou aparentemente desconectados, os mosaicos desenhados no tempo representam o protagonismo, o esforço e o ideário de pessoas e grupos que responderam ao “espírito do seu tempo”.

Desejamos um bom reviver dessa história.



## 3.1 Linha do Tempo da Promoção da Saúde

---

### Década de 1970:

- Brasil: o Movimento Sanitário propôs e orientou, a partir do conceito ampliado de saúde, mudanças na área que tiveram como momento de culminância a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

### 1974:

- O governo Canadense lança o documento “A new perspective on the health of Canadians” (“Uma nova perspectiva da saúde de canadenses”), que ficou conhecido como Informe Lalonde. Propôs que a saúde poderia ser classificada em quatro elementos gerais: biologia, ambiente, estilo de vida, e organização da assistência sanitária.

### 1976:

- Sérgio Arouca apresenta a tese O dilema preventivista – contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.
- Criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes).

### 1977:

- 30ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), lançou o movimento “Saúde para Todos no Ano 2000”.

### 1978:

- Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma Ata e lançamento da meta “Saúde para todos até o ano 2000”.

### 1979:

- Criada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).





## 1984:

- Movimento das Cidades Sustentáveis, Canadá. Congresso Para Além da Assistência à Saúde.

## 1986:

- 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá. Lançamento da Carta de Ottawa, mais famoso documento sobre promoção da saúde.
- 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasil.

## 1988:

- 2ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, Adelaide, Austrália. Reafirma as cinco linhas de ação da Carta de Ottawa.
- Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988, art. 196):

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

## 1991:

- 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Sundsvall, Suécia – Inserção do tema Saúde e Ambiente na agenda da saúde.

## 1992:

- Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (ECO 92), Brasil – Interface de ambientes de apoio à promoção da saúde.
- 9ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Municipalização é o caminho”.
- Conferência Latino-Americana de Promoção da Saúde, Colômbia – Trata da Promoção da Saúde na América-Latina e lança a Carta de Bogotá.







## 2004:

- Implantação da Rede Nacional de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde (Portaria GM/MS n.º 936, de 19 de maio).
- 12ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Saúde: um direito de todos e dever do Estado. A saúde que temos; o SUS que queremos”.
- A Organização Mundial da Saúde lança a Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde.

## 2005:

- 6º Conferência Global de Promoção da Saúde, Bangkok, Tailândia.
- Instituição do Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria GM/MS n.º 1.190, de 14 de julho).
- Agenda Nacional de Violência, Prevenção e Controle de Acidentes e Violências (2005 a 2008).
- Portaria MS n.º 2.608, de 28 de dezembro – Descentraliza recursos para as 27 capitais, estados e o Distrito Federal desenvolverem ações de prevenção do tabagismo e de promoção da alimentação saudável e atividade física, em consonância com a Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde da OMS.

## 2006:

- O Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Promoção da Saúde.
- 1º Seminário Nacional de Promoção da Saúde e do Brasil Saudável.
- 1º edital de financiamento da Rede Nacional de Promoção da Saúde, constituída por Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), envolvendo 132 estados e municípios.
- Criação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde.
- Lançado o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, com a promoção da Saúde entre as prioridades.

## 2007:

- Criação da linha orçamentária de promoção à saúde no governo federal.
- Lançado o Decreto n.º 6.286, de 5 de dezembro, que instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE), nos ministérios da Saúde e da Educação.





- Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022.
- Programa Academia da Saúde (Portaria GM/MS n.º 719, de 7 de abril).
- Termo de Compromisso do Ministério da Saúde e empresas de alimentação para redução do teor de sódio nos alimentos processados no Brasil.

#### 2012:

- Rio+20 – Cúpula dos Povos, Cúpula dos Prefeitos.

#### 2013:

- 8ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Finlândia, “Saúde em todas as políticas”.
- Publicação da Portaria n.o 2.761, de 19 de novembro de 2013, que Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Pneps-SUS).

#### 2014:

- Nova Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria GM/MS n.º 2.446, de 11 de novembro). Introdução de valores, princípios, diretrizes e competências das três esferas de gestão para a sua implementação.
- Lançamento da Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade.

#### 2015:

- Lançada a Agenda 2030 dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).
- Os ministérios da Saúde e do Esporte lançam a segunda edição do Plano Nacional de Atividade Física.

#### 2016:

- 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, Curitiba, Brasil, com a temática “Promovendo a saúde e a equidade”.



## 2017

- 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde, Xangai. Discute os princípios da Carta de Ottawa e lança a Declaração de Xangai.

## 2018:

- Conferência Global de Atenção Primária à Saúde, Astana, Cazaquistão.
- Termo de Compromisso entre Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Associações da Indústria de Alimentos para o estabelecimento de metas nacionais para a redução do teor de açúcares em alimentos industrializados.
- A OMS lança o Plano de Ação Mundial sobre Atividade Física e Saúde, 2018-2030.

## 2019:

- Publicação do Relatório da 164ª Sessão do Comitê Executivo da OMS – Estratégia e plano de ação sobre a promoção da saúde no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, 2019-2030.
- Criação do Departamento de Promoção da Saúde na Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde.

---

## REFERÊNCIAS

---

ALIANÇA DE CONTROLE DO TABAGISMO. PROMOÇÃO DA SAÚDE.

**Advocacy**. São Paulo: ACT, [201-]. Disponível em: <https://actbr.org.br/advocacy>. Acesso em: 2 jun. 2020.

AVELAR, M. R.; MALFITANO, A. P. S. Entre o suporte e o controle: a articulação intersetorial de redes de serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3201-3210, 2018.

BENELLI, S. J. A construção de redes sociais: entre a conexão e a captura na gestão dos riscos sociais. *In*: BENELLI, S. J. **O atendimento socioassistencial para crianças e adolescentes**: perspectivas contemporâneas. São Paulo: Ed. UNESP, 2016. p. 263-315.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 2 jun. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm). Acesso em: 2 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html#ANEXOXL](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXL). Acesso em: 2 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf). Acesso em: 2 jun. 2020.





BRASIL. Ministério da Saúde. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **Asis - Análise de Situação de Saúde**. Brasília, DF: MS, 2015. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis\\_analise\\_situacao\\_saude\\_volume\\_1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf). Acesso em: 2 jun. 2020.

CANADA. City for All Women Initiative. **Equity and Inclusion Lens Handbook: A Resource for Community Agencies**. Ottawa: CAWI, 2015. Disponível em: [www.cawi-ivtf.org/sites/default/files/publications/ei-lens-community-agencies-2015-en.pdf](http://www.cawi-ivtf.org/sites/default/files/publications/ei-lens-community-agencies-2015-en.pdf). Acesso em: 2 jun. 2020.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 161-177, set./2004 fev./2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação permanente em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, © 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 2 jun. 2020.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Modernização da gestão: E-governança nos municípios brasileiros**. Brasília, DF: CNM, 2015. 68 p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 588, de 12 de junho de 2018**. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Brasília, DF: CNS, 2018. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Reso588.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2020.

COSTA, M. V. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: TOASSI, R. F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 14-27.

COUTINHO, S. S. *et al.* Discutindo os conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças. **FIEP Bulletin**, [s. l.], v. 83, n. especial, p. 1-7, 2013.



CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *In*: CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-710, 1999. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/AOconceito.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2020.

LIBARDONI, M. Fundamentos teóricos e visão estratégica da Advocacy. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 1-15, 2000. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/11936/11202>. Acesso em: 2 jun. 2020.

MENDES, R. *et al.* Promoção da saúde e redes de lideranças. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 209-226, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde**: todos pela equidade. Rio de Janeiro: OMS, 2011. 56 p. Disponível em: [https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_portuguese.pdf?ua=1](https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf?ua=1). Acesso em: 2 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Adelaide sobre a saúde em todas as políticas**: no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: [https://www.who.int/social\\_determinants/portuguese\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf](https://www.who.int/social_determinants/portuguese_adelaide_statement_for_web.pdf). Acesso em: 2 jun. 2020.

ROCHA, D. G. *et al.* Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4313-4322, 2014.

SANTOS, S. M. *et al.* Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 346-352, 2006.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Geneva: World Health Organization, 2010. (Social Determinants of Health Discussion Paper 2).



TAVARES, M. F. L. *et al.* A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1799-1808, 2016.

UNIVERSITY OF NAVARRA. **IESE Cities in motion index**. Espanha: IESE Bussines School, 2019. Disponível em: <https://media.iese.edu/research/pdfs/ST-0509-E.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa Charter for Health Promotion**. [Geneva]: WHO, 1986.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.  
Responda a pesquisa disponível por meio do link:  
**<https://ncv.microsoft.com/BazoIU6zAn>**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[bvsmms.saude.gov.br](http://bvsmms.saude.gov.br)

DISQUE  
SAÚDE **136**



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

**Governo  
Federal**