



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE RIO DE JANEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
FORMAÇÃO HUMANA**



MAURO DE LIMA GOMES

**POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE:
POTÊNCIA DE TRANSFORMAÇÃO OU POLÍTICA SECUNDÁRIA?**

**Rio de Janeiro
Dezembro – 2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS
PÚBLICAS E FORMAÇÃO HUMANA



MAURO DE LIMA GOMES

POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: POTÊNCIA DE TRANSFORMAÇÃO OU POLÍTICA SECUNDÁRIA?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Políticas Públicas e Formação Humana

Orientadora: Profa. Dra Marise Nogueira Ramos
Co-orientador: Prof. Dr. José Luiz Telles de Almeida

Rio de Janeiro
Dezembro - 2009

AGRADECIMENTOS

Gostaria de iniciar esses agradecimentos, pela minha família a Lilia pelo apoio e paciência nesse período, assim como as filhas Rachel e Beatriz, pelas ausências também nesse período.

Aos professores do PPFH, Marise Ramos, Zacarias Gama e Gaudêncio Frigotto, pela possibilidade do convívio e crescimento advindo do mesmo, mestres que orientam e auxiliam nesse processo.

Aos meus colegas de turma, em especial a Ieda da Costa Barbosa e Juarez de Andrade, companheiros também de orientação, diálogos e percurso e ao João Cesar de Souza Antunes, colega também do PPFH sempre disposto a colaborar. Gostaria de agradecer, com destaque a Ieda, por ser a primeira e grande incentivadora nessa caminhada conjunta.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Henrique Gomes (in memorian) e Nancy de Lima Gomes que sempre incentivaram os seus filhos a buscar na educação uma fonte contínua de crescimento pessoal e profissional.

A minha orientadora Marise Ramos, pela paciência, carinho e compreensão ao longo de todo esse processo, ao amigo e co-orientador José Luiz Telles pelo incentivo e paciência nesse período.

Ao professor e amigo, Victor Vicent Valla (in memorian), que sempre me incentivou para fazer o mestrado e que em 2001 seria o meu orientador, mas pelas escolhas que a vida nos impõem, tive naquele momento, que optar pela gestão da Secretaria de Saúde de Valença, o que impossibilitou esse caminho conjunto. Muito obrigado Valla por ter sempre acreditado no meu potencial, cheguei lá, um grande abraço amigo.

RESUMO

Gomes, Mauro de Lima – Política Nacional de Promoção da Saúde: Potência de Transformação ou Política Secundária. 2009. 88f. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Este estudo analisa, a partir de levantamento bibliográfico e documental, a Política Nacional de Promoção da Saúde, mediante a análise de seus antecedentes, do estudo do movimento da promoção da saúde e das reflexões acerca do conceito ampliado de saúde, do direito à saúde e do papel do Estado na garantia da saúde, buscando elementos que possam subsidiar a sua compreensão. Busca também, através do estudo da implementação da PNPS, identificar quais as ações mais priorizadas por essa política, assim como analisar o seu texto fundante, relacionando-o com as ações propostas pela sua agenda inicial. Pretende-se identificar os possíveis aspectos potencializadores da PNPS frente ao fortalecimento do SUS e, em que medida essa política se coloca como uma potência de fortalecimento desse sistema, ou como uma política secundária face às suas limitações e contexto atual do SUS, considerando a contradição entre um Estado neoliberal e as políticas públicas no campo social como a PNPS.

Palavras-Chave: Promoção da Saúde, Política Pública, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study examines, from a literature review and documentation, the National Policy for Health Promotion, through the analysis of their background, the study of motion of health promotion and reflections on the broader concept of health, right to health and the state's role in ensuring the health, seeking evidence that can support their understanding. It also seeks, through the study of the implementation of PNPS, identify what further actions prioritized by this policy as well as analyzing its foundational text, relating it with the actions proposed by their original agenda. The aim is to identify possible ways of augmenting PNPS with the strengthening of the SUS and to what extent this policy is put forward as a power of strengthening the system, or as a secondary policy to meet its current context and limitations of the SUS, considering the contradiction between a neo-liberal state and public policies in the social field as PNPS.

Keywords: Health Promotion, Public Policy, Public Health System

Lista de Abreviaturas e Siglas:

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPs – Caixa de Aposentadorias e Pensões

CEPEDOC – Centro de Estudos, Pesquisas e Documentação em Cidades Saudáveis

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CGDANT – Coordenação Geral das Doenças e Agravos Não Transmissíveis

CDC – Centers for Disease Control/Atlanta-USA

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde

CSDH – Commission on Social Determinants of Health

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DGSP – Diretoria Geral de Saúde Pública

EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

FMI – Fundo Monetário Internacional

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

INCA – Instituto Nacional do Câncer

IAPs – Instituto de Aposentadorias e Pensões

MS – Ministério da Saúde

MCS – Municípios e Comunidades Saudáveis

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAETEC – Programa de Apoio ao Ensino Técnico

PIB – Produto Interno Bruto

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SGETS – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

SGEP – Secretaria de Gestão Participativa

SPS – Secretaria de Políticas de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1 – ELEMENTOS INICIAIS PARA ANÁLISE DA PNPS: O CONCEITO DE SAÚDE, A RELAÇÃO SAÚDE-ESTADO E A SAÚDE COMO DIREITO.....	15
1.1 – O conceito ampliado de saúde: relações entre o conceito e os modelos de atenção em saúde.....	15
1.2 – A saúde e o Estado brasileiro – relações constitutivas e o papel do Estado.....	22
1.3 – O direito à saúde e sua relação com o Estado – elementos iniciais para refletir essa questão.....	29
2 – A PNPS – SEUS ANTECEDENTES E O TEXTO DA POLÍTICA.....	36
2.1 – O movimento da promoção da saúde – buscando entender a influência na promoção da saúde no Brasil.....	36
2.2 – A institucionalização da promoção no MS – das primeiras iniciativas à PNPS.....	44
2.3 – O texto da PNPS – seus aspectos teóricos e ações priorizadas.....	50
3 – A IMPLEMENTAÇÃO E DISCUSSÃO DA PNPS: DAS PRIMEIRAS AÇÕES DA POLÍTICA À CRÍTICA DE SEU TEXTO	55
3.1 – A implementação e discussão da PNPS – como ela vem ocorrendo e quais as suas prioridades.....	55
3.2 – Discussão da PNPS – refletindo sobre o texto, as ações e perspectivas..	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
ANEXOS	83

Introdução

A discussão da saúde em nosso país remete a algumas ponderações importantes no sentido de perceber essa questão numa forma mais aproximada de sua totalidade. Isso implica na abordagem de algumas mediações que interferem na sua concepção, no reconhecimento da mesma como um direito e na organização de políticas por parte do Estado para fazer face às necessidades de saúde de seus cidadãos.

O entendimento do que é saúde pela sua própria negação, ou seja, pela doença, além de ser uma prática usual, acaba limitando a sua concepção. Essa redução tem implicações na própria forma como se organiza a atenção à saúde em nosso país, mais centrada nas ações voltadas para o atendimento das doenças.

Uma concepção ampliada do que seja saúde, conforme a anotada pela legislação federal aponta a correlação direta da saúde com fatores determinantes e condicionantes, como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais, entre outros (Brasil, 1990).

A conquista legal de uma concepção ampliada de saúde e a própria criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na realidade não podem ser entendidas sem uma análise de sua historicidade, o que possibilita observar de forma mais clara algumas contradições que se impõem hoje na discussão de políticas públicas de saúde.

Desde o regime militar, nas décadas de 1960 e 1970, acentuou-se o reforço do modelo médico-curativo pela demanda social por consultas médicas como respostas às graves condições de saúde da população. A medicina, dessa forma, era encarada como sinônimo de cura e restabelecimento da saúde individual.

A consolidação desse modelo ocorreu com um forte financiamento público a partir da previdência social que financiou clínicas e hospitais privados a fundo perdido, aliado a forte expansão de faculdades de medicina particulares em todo o país, voltadas para especialização, para a sofisticação tecnológica e as últimas descobertas da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares. Esse incentivo à medicina curativa, neste período, ocorreu em detrimento dos recursos destinados aos serviços públicos (Escorel, 2005 e Luz *apud* Brasil, 2005).

Observa-se, dessa forma, a expansão de uma grande área do capital, sendo que financiada em grande parte pelo setor público - o Estado - demarcando um determinado modelo de atenção à saúde.

Nos anos 80, com a expansão do ideário neoliberal, a consequência para o Brasil e América Latina foi um alinhamento a receituários impostos por organismos internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), com forte restrição nos investimentos públicos por conta do ajuste econômico necessário à estabilidade pretendida, que fez com que houvesse um grande desajuste nos países latinos (Soares, 2001, e Fiori, 2002).

Observamos, porém, nessa mesma década de 80, todo um crescimento e consolidação do movimento da reforma sanitária brasileira, que influenciou, junto com a forte participação da população civil organizada, a VIII Conferência Nacional de Saúde, conseguindo mobilizar mais de 4.000 delegados em 1986.

Essa Conferência acabou sendo decisiva nas articulações posteriores quando da instalação da Assembléia Nacional Constituinte – responsável pela construção e aprovação da Constituição de 1988 - denominada Constituição Cidadã. Inúmeros avanços sociais foram alcançados em seu texto, como o próprio capítulo da saúde e a constituição do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1987; Escorel; 2005, Brasil, 2006).

Os avanços legais em relação à saúde presentes na Constituição de 1988, com o reconhecimento do direito à saúde do cidadão e o dever do Estado; e com a criação do SUS – universal, com gestão descentralizada e participação da população – entre outros, é contraditória com a postura de determinados governos, como se exemplifica de forma clara nos vetos à lei que regulamentava o SUS pelo então presidente Fernando Collor de Mello e pela não adoção de um efetivo financiamento por parte dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Luis Inácio Lula da Silva. Exemplos disso são as dificuldades com a criação de uma nova fonte de recursos da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF); contribuição essa, porém, que nunca foi destinada completamente à saúde. Também as dificuldades para a aprovação da Emenda Constitucional 29¹ – que regulamenta a destinação de recursos da União, Estados e Municípios para a saúde – são expressivas dessas contradições.

¹ A Emenda Constitucional 29 teve a sua regulamentação aprovada pela Câmara dos Deputados em 2007, mas ainda aguarda a regulamentação no Senado, sendo pela proposta da Câmara, fixado aos Estados e Municípios um percentual de repasse de impostos arrecadados para a área de saúde – de 12% e 15% respectivamente, sendo que a União vinculará o aumento anual dos recursos para a saúde à variação do Produto Interno Bruto.

Neste contexto, explicitado de forma preliminar, é que estão sendo gestadas políticas públicas na área da saúde. Analisar melhor este contexto, tentando entender a contradição aparente entre um Estado neoliberal e as políticas públicas no campo social podem subsidiar a compreensão do possível alcance que essas políticas possuem.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS - Portaria nº 687 de 30/09/2006) pode trazer avanços na implementação de ações de promoção da saúde que possam contrabalançar as ações exclusivamente curativas e individuais, são avanços não só no entendimento do que seja a saúde, como também na forma de organização dos serviços de saúde, para trabalhar essa dimensão de promoção e não do adoecimento da população.

Neste sentido, o objetivo principal desse estudo é analisar a formulação e a implementação iniciais da PNPS, procurando observar se a mesma possui um potencial para reforçar uma concepção ampliada de saúde, o direito à saúde e o papel que o Estado tem nesse processo, reforçando assim o ideário da Reforma Sanitária brasileira e o próprio Sistema Único de Saúde.

Para esse entendimento do papel geral da PNPS, vamos procurar também identificar quais foram os elementos iniciais que auxiliaram a sua formulação, ou seja, tanto do ponto de vista teórico de um movimento de promoção da saúde, com bases internacionais, como também buscando identificar os antecedentes à institucionalização dessa política no próprio Ministério da Saúde. Por fim, pretende-se observar como essa política está sendo implementada e quais as perspectivas futuras a seu respeito.

A motivação pessoal em relação à pesquisa, na realidade é um reflexo de uma trajetória profissional, que desde a graduação na faculdade de enfermagem acompanha com interesse o movimento da reforma sanitária brasileira, um dos sujeitos coletivos responsáveis pela constituição do Sistema Único de Saúde.

Após graduado, ingressei na residência multiprofissional da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, nos anos de 1988 e 1989, onde tive a oportunidade de ampliar minha formação na área de saúde pública e de conhecimentos sobre as políticas públicas e o SUS. A grande carga teórica recebida na época e a forte influência e identificação com os pesquisadores Victor Vicent Valla e Eduardo Navarro Stotz que coordenavam uma linha de pesquisa – Educação, Saúde e Cidadania - à qual me inseri no segundo ano da residência, me proporcionaram ampliar a compreensão do processo saúde-doença na perspectiva das camadas populares.

Essa preocupação que eu já possuía e que foi potencializada, do não afastamento da realidade social, fez com que eu optasse por uma dupla inserção, a saber: no mundo acadêmico na Fiocruz e na realidade dos serviços de saúde. Isso fez com que, a partir de 1990, ingressasse na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) como professor e posteriormente pesquisador ligado ao Programa de Apoio ao Ensino Técnico (PAETEC) ao mesmo tempo em que exercia atividades de sanitarista na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, mais especificamente no Centro de Saúde de Irajá.

Permaneci ligado à EPSJV, mas a partir de 1993, com o nascimento da minha primogênita fiz uma opção de morar no interior do Estado do Rio, no município de Valença, onde comecei a atuar no SUS dentro de outra realidade demográfica social, devido à população de cerca de 70 mil habitantes e das características de um município do interior.

A inserção em Valença, como técnico - coordenador da vigilância epidemiológica e sanitária - e depois nos anos de 2001 e 2002 como Secretário de Saúde deste município, me colocaram inúmeras situações nas quais claramente se demonstrava a necessidade de potencializar ações direcionadas à população que pudessem contribuir com a sua qualidade de vida e saúde. Contudo, não se deixou de reconhecer à necessidade de se trabalhar a resolução de atendimento assistencial, pois, a população adoecida necessita de um atendimento imediato.

As dificuldades em relação ao financiamento de ações de promoção da saúde eram grandes devido à falta de apoio a projetos específicos nessa área, o que era um reflexo da não existência de uma política de promoção da saúde. Aliado a isto, havia a dificuldade da ordenação de despesas de uma secretaria de saúde, onde as fontes de financiamentos eram vinculadas diretamente a programas, dificultando ou impedindo completamente a realocação de recursos.

Observo, através das leituras iniciais sobre a PNPS e a própria proposta da promoção da saúde, potencial no sentido de reconhecimento pela população de que a saúde é um direito social do cidadão e, portanto, não pode ser reduzida a uma mercadoria. É necessário que o Estado assuma seu papel constitucional, o que é visto hoje em dia com restrições, devido ao avanço significativo da saúde privada consoante com o pensamento naturalizador de que cabe ao Estado regular e focalizar ações sociais para quem não tenha condições de recorrer “ao mercado”.

Mas como investigar um dado fenômeno (PNPS) de forma intensa e não permanecer na superficialidade, na sua aparência, mas buscar a sua essência? Neste sentido, para desenvolver a investigação sobre a formulação da PNPS e definir a problemática a ser enfrentada, parto de uma opção metodológica de se trabalhar com os elementos da dialética materialista histórica enquanto um método de análise que possa permitir uma apreensão radical (que vai à raiz) da realidade e, enquanto práxis, isto é, unidade de teoria e prática na busca de transformação e de novas sínteses no plano do conhecimento e no plano da realidade histórica (Frigotto, 2006).

Dessa forma, busco não só entender o fenômeno, mas contribuir na produção e difusão de um conhecimento interessado e compromissado com um desenvolvimento social, no caso da saúde, e de uma emancipação de uma população em relação ao “pensamento único” privatista de tudo, inclusive de um direito fundamental e necessário para o andar da vida.

Para a realização dessa pesquisa, busquei junto aos estudos teóricos de revisão bibliográfica os elementos para o entendimento da proposta da promoção da saúde. Também os seus antecedentes, a própria formulação da política e sua implementação, foram possíveis de serem investigadas através da consulta de documentos oficiais.

A organização dos capítulos da dissertação buscou construir um caminho organizado que auxiliasse no entendimento da PNPS. Nesse sentido, no primeiro capítulo, busquei os elementos teóricos que julguei importantes para dar base para a discussão da PNPS, a partir de uma concepção ampla do que seja saúde, a relação desenvolvida no Brasil entre o Estado e a saúde e a configuração desta como um direito do cidadão.

No segundo capítulo, busquei analisar os antecedentes dessa política, tanto do ponto de vista do movimento internacional da promoção da saúde, como de sua institucionalização no Ministério da Saúde, além da análise do próprio texto da PNPS.

No terceiro capítulo, observo a implementação inicial dessa política, buscando os elementos iniciais de discussão da PNPS. Finalizo, em minhas conclusões, apontando que a questão central em relação à potencialidade dessa política, passa pela capacidade que ela possa ter de estar ampliando a consciência sanitária da sociedade civil, na direção de um reconhecimento da saúde, em sua concepção ampla, e do SUS como conquistas de direitos que devem ser exercidos plenamente, necessitando para tal de um Estado que possa

valorizar o seu papel de provedor desses direitos na busca de um Estado mais justo e de uma sociedade mais democrática.

1 – Elementos Iniciais para análise da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): o conceito de saúde, a relação saúde-Estado e a Saúde como Direito

Nesse primeiro capítulo, vamos desenvolver três elementos importantes para a análise da PNPS ao longo do estudo. Buscamos salientar o conceito de saúde, no sentido de permitir identificar no texto da política em tela, qual o conceito que a mesma utiliza em relação à saúde e que implicações isso poderia ter.

Do mesmo modo, para adensar elementos de análise da PNPS, busco realizar um resgate histórico de como a saúde foi se desenvolvendo no país, a partir das iniciativas do Estado brasileiro e como, nesse desenvolvimento, foram sendo lançadas as bases para o entendimento da saúde como direito.

Busco também, focar a discussão do direito à saúde, mais especificamente a partir da consolidação da Constituição de 1988 e da criação do SUS, e verificando como esse avanço nos direitos constitucionais em relação à saúde convive com o avanço nas décadas de 1980 e 1990 da ideologia neoliberal e suas implicações para os países do capitalismo periférico.

Por fim, trago a reflexão de como o nosso Estado foi constituído e a sua relação com a sociedade civil, numa tentativa de trazer elementos que possam auxiliar no entendimento da PNPS relacionado a esses pontos.

1.1 - O conceito ampliado de saúde: relações entre o conceito e os modelos de atenção em saúde

O conceito de saúde é histórico, pois sua compreensão se constrói ao longo da história humana, havendo diferenças de compreensões de acordo com a cultura, e o tempo e o espaço em que é abordado. As formulações explicativas sobre saúde e doença em um determinado tempo e espaço históricos expressam diversas compreensões deste fenômeno, havendo a superação de modelos pela acumulação teórica e a formulação de novas concepções que correspondam aos problemas que a realidade impõe.

Não é nossa intenção fazer uma revisão dos conceitos de saúde ao longo da história, e sim apontar que ocorrem variações nesse conceito, ora aproximando-o aos determinantes sociais de condições de vida e trabalho, ora relacionado-o mais estritamente a fatores biológicos.

A relação entre o surgimento de doenças e as condições de vida é explicitada mais especificamente no século XVIII, quando as mudanças nas cidades europeias ganhavam destaque pelas aglomerações e condições de vida precárias a que estavam submetidas grandes parcelas da população. Foi-se percebendo que as causas das doenças estavam relacionadas às formas de vida.

No final do século XVIII, após a Revolução Francesa, no contexto da crescente reurbanização dos países europeus e da consolidação do sistema fabril, aparece, com força crescente, a concepção de **causação social**, isto é, das relações entre as condições de trabalho das populações e o aparecimento de doenças.

Ao lado das condições objetivas de existência, o desenvolvimento teórico das ciências sociais permitiu, no final do século XVIII, a elaboração de uma teoria social da Medicina. O ambiente, origem de todas as causas de doenças, deixa, momentaneamente, de ser natural para revestir-se de social. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças devem ser buscadas. (Gutierrez & Oberdiek, 2001, p.20)

Nesse sentido, podemos observar nos séculos XVIII e XIX na Europa, mais especificamente na Alemanha, França e Inglaterra, a formação da medicina social, com a distinção de três fases. Essas fases são, segundo Foucault, a “medicina de Estado”, surgida na Alemanha do século XVIII, tendo como característica a organização de um sistema de observação da morbidade, a subordinação dos médicos a uma administração central e a integração desses profissionais em uma organização médico estatal; e a “medicina urbana”, com seus métodos de vigilância e hospitalização, sendo um aperfeiçoamento do esquema político médico da quarentena. Surgida na França, a higiene urbana tinha como preocupação central a análise das regiões de aglomeração que significassem ameaça à saúde, como os cemitérios e matadouros, propondo sua re-localização e o controle da circulação do ar e água. Por fim, com o desenvolvimento do proletariado industrial na Inglaterra, a medicina inglesa torna-se social através da ‘lei dos pobres’. Caracterizada pela assistência e controle autoritário dos pobres, a implantação de um cordão sanitário que impunha o controle do corpo da classe trabalhadora por meio da vacinação, do registro das doenças e do controle dos lugares insalubres, visa torná-la mais apta ao trabalho e menos perigosa para as classes ricas. (Foucault *apud* Batistella, 2007).

A organização da medicina, além de trazer a figura do Estado como o responsável maior pela assistência à saúde para a população através de diferentes iniciativas, como as assinaladas acima, também tem uma relação intrínseca com o desenvolvimento do capitalismo, conforme aponta Gomes, a partir da obra de Navarro (1986). Segundo esse autor, a medicina se articula à reprodução da ideologia do capitalismo (liberalismo e individualismo) de duas formas. Uma delas, ao considerar a doença um desequilíbrio entre os componentes de um corpo, corpo esse comparado a uma máquina. A outra forma de reproduzir a ideologia capitalista pela medicina é atribuir a causa das enfermidades aos fatores individuais;

Numa época em que a maior parte das enfermidades estava determinada socialmente devido às condições existentes no capitalismo nascente (conforme relatou Engels em 'The condition of the working class in England') uma ideologia que encara o 'defeito' constituído pela enfermidade como originário do indivíduo e que dava ênfase a uma resposta terapêutica individual, é obvio que absolveria o meio ambiente econômico e político da responsabilidade na gênese da enfermidade e canalizaria a resposta potencial e a rebelião contra este ambiente para nível individual, que era menos ameaçador. (Navarro, 1986, p: 125 e 126 apud Silva Junior, 1998).

Percebe-se, até agora, a relação existente entre o surgimento do capitalismo, e o impacto que o processo de industrialização acabou causando nas cidades européias, com implicações diretas à saúde da população, principalmente pela precária condição de vida a que essa população era exposta, bem como a fragilidade das cidades nos seus aspectos sanitários.

A compreensão da doença, portanto, esteve ligada às condições de vida da população, porém essa concepção sofreu um revés importante quando do desenvolvimento da microbiologia e da bacteriologia, que provocou profundas mudanças na compreensão das causas das doenças;

Na década de 1860 e subseqüentes, a era bacteriológica se instaura com a decisiva participação, entre outros, de Louis Pasteur e Robert Koch, o primeiro evidenciando o papel das bactérias, seja no processo de fermentação, seja nas doenças, além de, entre outras contribuições, e o segundo, tendo descoberto o agente etiológico da tuberculose e formulado os postulados que tipificam o rigor do raciocínio mecanicista e sua insistência na correlação causa-efeito...

A teoria microbiana passa a ter já nos fins do século XIX uma predominância de tal ordem que, em boa medida, faz obscurecer concepções que destacavam a multicausalidade das doenças ou que proclamavam a decisiva participação, na eclosão das mesmas dos fatores de ordem socioeconômica. (Barros, 2002)

Essa alternância na concepção de saúde e doença, ora compreendida como ligada às condições sociais, mas depois subsumida pelo desenvolvimento das ciências, quando as causas das doenças eram explicadas pela resposta do organismo à invasão de um

microorganismo, provoca um tensionamento sobre a determinação das doenças, levando a formulação de um pensamento crítico em relação ao processo saúde-doença.

Mais recentemente, observamos o desenvolvimento desse pensamento crítico que vincula as condições sociais e de vida à produção da saúde e doença, conforme relato de Campos:

Há um conjunto de escolas que estudaram o que foi denominado de “determinação social do processo saúde doença”. A medicina social latino-americana (Franco *et al*, 1991), a saúde coletiva no Brasil (Nunes, 1998) e o movimento de promoção da saúde no Canadá (Carvalho, 2005), ainda que com diferença de ênfase, todos ressaltavam a importância da organização social na resultante sanitária em um dado território e em uma época específica. Assim, os fatores econômicos, como renda, emprego e organização da produção interferem positiva ou negativamente na saúde dos agrupamentos populacionais. Os ambientes de convivência e de trabalho podem ter efeitos mais ou menos lesivos à saúde das pessoas. A cultura e os valores têm também grande influência sobre a saúde: o valor que se atribui a vida, o reconhecimento de direitos de cidadania a portadores de deficiências, a concepção sobre saúde, a forma como cada povo lida com diferenças de gênero, de etnia ou mesmo econômicas, tudo isso amplia e restringe as possibilidades de saúde das pessoas. (Campos, 2006, p. 60)

Em que pese o desenvolvimento dessas escolas de pensamento que valorizam a importância da organização social na gênese do processo saúde doença, o que podemos observar de posição mais hegemônica nesse sentido é a chamada medicina científica. Esse tipo de medicina tem o seu surgimento ligado às mudanças ocorridas nos hospitais que até o século XVIII eram considerados lugares aonde as pessoas iam para morrer e teve um desenvolvimento considerável em finais do século XIX e início do século XX, proporcionando o aumento da indústria de equipamentos médicos, de medicamentos e do ensino e da pesquisa médica, considerados como o complexo-médico-industrial. (Barros, 2002; Silva Junior, 1998).

A influência da medicina científica ocorre decisivamente até os dias de hoje na formação dos profissionais de saúde, principalmente os médicos, e na organização da assistência à saúde. É considerado um marco da Medicina Científica, o Relatório Flexner de 1910, elaborado por Abraham Flexner, que foi o resultado de avaliação da educação médica ocorrida em várias faculdades de medicina dos EUA e Canadá, sendo que essa avaliação levou a mudanças consideráveis no ensino da medicina.

A medicina científica apresenta alguns elementos estruturais que influenciaram a visão sobre o adoecer e as ações a serem implantadas na busca da cura. Como elementos estruturais da medicina científica, podemos citar o *mecanicismo* – pelo qual o corpo humano é visto como uma máquina, elemento essencial do modo de produção dominante; o *biologismo* – originado nos avanços da microbiologia que pressupõe um reconhecimento, exclusivo e

crecente da natureza biológica das doenças e de suas causas e conseqüências, excluindo os determinantes econômicos e sociais da causação das doenças; *o individualismo* – o indivíduo é eleito como o objeto da medicina científica, alienando-o de sua vida e de seus aspectos sociais; *a especialização* – o mecanicismo induziu o aprofundamento do conhecimento científico, levando à procura cada vez maior do conhecimento sobre as partes; *a exclusão das práticas alternativas* – a medicina científica impôs-se sobre as outras práticas médicas, acadêmicas e populares, construindo-se um mito da eficácia, “cientificamente comprovada”, de suas práticas, anulando-se ou se restringindo as outras alternativas, tidas como “ineficazes”; *a tecnificação do ato médico* – o advento da concepção flexneriana, na medicina, estruturou uma nova forma de mediação entre o homem e as doenças, qual seja, a tecnificação do ato médico. A necessidade de técnicas e equipamentos para a investigação diagnóstica e para a terapêutica desenvolveu a engenharia biomédica e gerou muitas expectativas na população quanto à possibilidade de a medicina produzir melhorias na qualidade de vida. (Silva Junior, 1998)

Mas o que seria saúde? A sua difícil conceituação advém do fato de que não podemos reduzir a mesma à simples ausência de doenças, mas sim partir para uma conceituação mais ampla. Essa questão de conceituação da saúde também sofre tensões entre visões distintas. Aquelas que querem relacioná-la a condições gerais de vida sofrem críticas de outras correntes que querem relacionar a doença a alterações no organismo humano.

O conceito da OMS, divulgado na carta de princípios de sete de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde),..., diz que “Saúde é o estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”... A amplitude do conceito da OMS acarretou críticas, algumas de natureza técnica (a saúde seria algo ideal, inatingível; a definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde), outras de natureza política, libertária: o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde. Em decorrência da primeira objeção, surge o conceito de Christopher Boorse (1977): saúde é ausência de doença. A classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes seria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor.” (Scliar, 2007, p. 37).

A atenção que se quer chamar nesse momento do trabalho é para que a concepção do que seja doença e saúde, embora tenha apresentado um tensionamento entre correntes de visões distintas, acabou fazendo emergir uma forma de concepção e organização dos serviços de saúde e da assistência à saúde, bastante peculiar, centrado na atuação curativa do médico e no hospital como o seu local privilegiado.

Nessa forma hegemônica – modelo médico curativo hospitalocêntrico - foi decisivo a influencia da medicina científica entre os profissionais de saúde, que tiveram sua formação

apoiada nos elementos centrais dessa medicina. Essa influencia também acabou criando um senso comum na população do que sejam doenças e de como devem ser tratadas, apoiadas nos avanços dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Certamente a forma como se entende saúde e doença acaba orientando a organização da atenção à saúde, em nosso caso, as ações empreendidas pelo SUS. A pertinência da discussão sobre o conceito de saúde e doença decorre do fato de que uma política pública como a PNPS será desenvolvida com a existência de pressões advindas dessa concepção e da forma de organização do próprio sistema de saúde. Essa explicitação inicial é então necessária, como base de análise da concepção de saúde da PNPS que será abordada no segundo capítulo.

Porém, é necessário, ainda, desde já chamar a atenção para um dos desafios postos ao SUS no reconhecimento de um conceito ampliado de saúde e das premissas da promoção da saúde. Trata-se da forma como estão organizados os serviços de saúde a partir dos modelos assistenciais, pois na realidade esses modelos é que configura a forma como a assistência à saúde é prestada pelo Estado, no caso, no âmbito do SUS;

“O sistema de saúde brasileiro é hoje, palco de disputa entre modelos assistenciais diversos, com a tendência de reprodução conflitiva dos modelos hegemônicos, ou seja, o modelo técnico assistencial privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e o modelo assistencial sanitário (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária), ao lado dos esforços de construção de ‘modelos alternativos’. Esse processo tem contemplado tentativas de articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, em uma dupla dimensão, individual e coletiva, que passaram a ser operacionalizadas no processo de distritalização dos serviços de saúde...

Desse modo, ao nível micro, vem se acumulando experiência na construção de “modelos alternativos” ao modelo hegemônico, incorporando, de certa forma, métodos, técnicas e instrumentos provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde. Estas experiências apontam possibilidades concretas de construção de um “modelo de atenção à saúde voltado para a qualidade de vida...” (Teixeira et al, 2002.p.24).

Dentre esses modelos considerados alternativos, chamamos a atenção para a proposta da Vigilância em Saúde, que supera em muito, a perspectiva de integração entre as vigilâncias clássicas na saúde (epidemiológica e sanitária) e a mais recente (ambiental) com o planejamento, para ser uma proposta mais ampla, que considera novos sujeitos, objetos, meios de trabalho e formas de organização.

Neste sentido, a Vigilância em Saúde propõe como sujeito deste modelo a equipe de saúde, juntamente com a população, assim como seu objeto; abrange os danos, riscos, necessidades e determinantes do modo de vida e saúde, tendo como meios de trabalho as

tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local e situacional e suas formas de organização; abrangem a promoção da saúde, as políticas públicas saudáveis, ações intersetoriais e operações sobre problemas e grupos populacionais. (Teixeira *et all*, 1998).

É uma proposta que se organiza não centrada apenas na doença, mas em problemas gerais que a população possa ter e que contribuam para a sua qualidade de vida, necessitando de uma abordagem diferenciada por parte de uma equipe qualificada para o seu atendimento e que tenha no seu horizonte de organização e intervenção a promoção da saúde.

Dessa forma, a compreensão de um conceito ampliado de saúde, embora tenha um reconhecimento do ponto de vista legal/jurídico ainda tem um longo caminho a percorrer no sentido de ser implementado. Isto por que existe o forte tensionamento com o modelo médico privatista ao qual, na realidade a assistência à saúde, entendida de forma mais individual, está subordinada.

A discussão da organização da assistência à saúde no Brasil será realizada no próximo ponto deste capítulo, sendo importante a identificação de diferentes períodos históricos nos quais a relação Estado – saúde vai se configurando através de iniciativas distintas, sobressaindo-se os modelos assistências apontados acima.

1.2 - A saúde e o Estado brasileiro – relações constitutivas e o papel do Estado

Na história de nosso país, a saúde esteve presente como preocupação do Estado e da população em diferentes períodos, mostrando que os esforços para combater as doenças configuram mediações importantes na constituição de nosso Estado federal.

O objetivo nesse item é observar, de uma forma geral, como essa relação se deu, destacando, para isso, as principais ações ocorridas em diferentes períodos e que proporcionaram um acúmulo histórico para se chegar às condições atuais de organização do Sistema Único de Saúde. Pretende-se, assim, uma melhor compreensão dos contextos anteriores e atuais da saúde no sentido de ter melhores subsídios para a análise da PNPS.

O início de nosso corte histórico será a primeira república, quando o pensamento sanitarista teve destacada atuação no sentido de afirmação da identidade nacional e conformação de um Estado.

Os relatos das doenças que ocorriam no Brasil no início do século XX dão conta da ocorrência de doenças nas cidades como, por exemplo, a febre amarela e a varíola, que foram alvos de campanhas sanitárias organizadas por Oswaldo Cruz. As iniciativas de regulação e controle das condições de vida e saneamento até então eram consideradas tímidas, havendo a partir desse período a consolidação da concepção de “polícia sanitária” no país. Através de uma organização sanitária militarizada, isto é, composta de brigadas de mata mosquitos, polícia e delegacias sanitárias, o Estado buscou produzir uma estrutura urbana melhor adequada ao momento de consolidação dos novos interesses financeiros, comerciais e industriais. (Costa, 1985).

Podemos observar que vários trabalhos dividem o movimento sanitário nessa época em dois períodos fundamentais. O primeiro seria marcado pela presença de Oswaldo Cruz à frente dos serviços federais de saúde (1903-1909), tendo como característica principal a ênfase no saneamento urbano da cidade do Rio de Janeiro (Distrito Federal) e o combate às seguintes epidemias: febre amarela, peste e varíola. No segundo momento (1910 a 1920), foram dadas atenções às endemias rurais – ancilostomíase, malária e mal de Chagas – buscando nessas ações a possibilidade de cura e a integração dos habitantes doentes e abandonados do interior do país (sertões) (Hochman, 1998).

Em uma importante obra, é possível localizar no início do século XX as principais questões que envolviam o debate sobre a saúde e o desenvolvimento do país;

Uma das questões mais provocantes no estudo da Velha República é compreender como a luta pelo saneamento ganha uma força simbólica tão grande a ponto de

conquistar as primeiras páginas dos periódicos nas grandes capitais, o Brasil denunciado como um “vasto hospital”. A análise do movimento das idéias permite desvendar em parte como se deu a *politização* da questão sanitária durante o primeiro período republicano. Durante esse período, mais particularmente depois da primeira grande guerra, a produção literária e sociológica tornou-se marcadamente nacionalista, à medida que as esperanças de salvação do Brasil voltaram-se para a tarefa de construção de identidade nacional. Havia duas correntes de pensar nacionalista. Uma sonhava com um Brasil “moderno” e atraía intelectuais que viam no crescimento e progresso das cidades brasileiras os sinais da conquista da civilização. A outra corrente preocupava-se em recuperar no interior do país sua nacionalidade, e buscava integrar o sertanejo ao projeto de construção nacional. O primeiro grupo a que me referi abraçava princípios contraditórios. De um lado a preocupação nacionalista impunha superar o atraso, modernizar o país. Entretanto, para esta corrente nacionalista, um Brasil moderno significava necessariamente um Brasil europeizado. Só a migração estrangeira – estritamente branca e européia – poderia limpar os brasileiros da nódoa do passado escravocrata e dos efeitos perniciosos da miscigenação. O sangue novo – “sangue bom” – permitiria ao brasileiro redimir-se e purificar-se da contaminação de raças supostamente inferiores (Santos, 1985, p.200).

A corrente de pensamento que buscava recuperar no interior do país sua nacionalidade se fortaleceu muito pela ação dos médicos Belisário Pena e Artur Neiva, que em 1912 realizaram viagens pelos estados do nordeste e Goiás, denunciando as péssimas condições de vida no interior do país. Essa experiência do Instituto Oswaldo Cruz ² foi divulgada em relatório em 1916. A partir da publicação do Relatório Pena-Neiva, o movimento sanitário superou sua fase urbana, com a nova bandeira do saneamento dos sertões (Santos 1985).

Observamos, então, que as duas linhas de pensamento – os que buscavam a superação do atraso vinculado a nossa miscigenação e aqueles que observavam a necessidade de sanear o país no sentido de dar melhores condições de vida - tiveram na discussão da saúde uma forma de expressão de pensamento e busca de soluções políticas para essa situação, do que emerge a necessidade de intervenção do Estado, compreendido como o governo federal e sua relação com os governos estaduais e municipais.

Nesta época, as ações de saúde pública eram realizadas pelo Estado por diversas motivações ligadas ao modelo econômico vigente no país que era agroexportador e que buscava mão de obra para as lavouras a partir de uma política de imigração. A assistência individual era realizada em Santas Casas que atendiam aos que não tinham renda ou pelo médico de família, opção limitada àqueles que tinham recursos financeiros.

² O Instituto Soroterápico de Manguinhos, em funcionamento desde 1899, tinha como objetivo inicial produzir soros e vacinas. Seu primeiro diretor foi o clínico Pedro Afonso, que foi sucedido por Oswaldo Cruz, que diversificou as atividades do Instituto transformando-o em poucos anos num dos mais reputados laboratório do mundo. Em 1908, o Instituto de Manguinhos torna-se no Instituto Oswaldo Cruz. (Bertolli Filho, 2008, p.18).

Devemos destacar também que para fazer face aos desafios de um país com muitas doenças, era necessária a ação do Estado em todo o seu território, o que esbarrava em problemas de como organizar a atenção à saúde.

Pelo princípio constitucional de autonomia estadual e municipal, definidos na Carta Constitucional de 1891, havia uma restrição de possibilidades de uma ação coordenada em âmbito federal. Nesse contexto, cabia aos poderes locais o cuidado da saúde da população, sendo de responsabilidade do governo federal as ações de saúde no Distrito Federal, a vigilância dos portos e a assistência aos estados da federação em casos previstos e regulados constitucionalmente. O órgão federal responsável era a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) criada em 1897 como parte da estrutura do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. (Lima & Hochman, 1996).

Na década de 1920, importantes mudanças ocorreram em relação à previdência e às primeiras formas de organização das caixas de aposentadoria, apontando uma modificação em relação aos benefícios sociais de responsabilidade do Estado, conforme apontado:

O surgimento da Previdência Social no Brasil se insere num processo de modificação da postura liberal do Estado frente à problemática trabalhista e social, portanto, num contexto político e social mais amplo. Esta mudança se dá enquanto decorrência da contradição entre a posição marcadamente liberal do Estado frente às questões trabalhistas e sociais e um movimento operário-sindical que assumia importância crescente e se posicionava contra tal postura. Esta também é a época de nascimento da legislação trabalhista brasileira. Em 1923 é promulgada a lei Eloy Chaves, que para alguns autores pode ser definida como marco do início da Previdência Social no Brasil. No período compreendido entre 1923 e 1930 surgem as Caixas de Aposentadoria e Pensões - CAPs. Eram organizadas por empresas, de natureza civil e privada, responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde para os empregados de empresas específicas. As CAPs eram financiadas com recursos dos empregados e empregadores e administradas por comissões formadas de representantes da empresa e dos empregados. Cabia ao setor público apenas a resolução de conflitos. No modelo previdenciário dos anos 20 a assistência médica é vista como atribuição fundamental do sistema, o que levava, inclusive, à organização de serviços próprios de saúde. Caracteriza ainda este período, o elevado padrão de despesa. Estas duas características serão profundamente modificadas no período posterior (Cunha & Cunha, 1998 apud Brasil, 2005, p.29) .

No período posterior, observamos uma grande mudança do ponto de vista político, que é a revolução de 1930 que rompe com a hegemonia das oligarquias regionais incapazes de gerar um modelo hegemônico, visto que, o seu próprio processo de reprodução como classe primário-exportadora supunha a jubjugação da classe trabalhadoras do campo, e também, à dependência de um mercado externo, o que não incentivava processos de distribuição de renda no mercado interno. Na busca de um novo modelo, era necessário romper com os

fundamentos daquela coalizão e daí a necessidade de construção de um Estado nacional. (Sader, 2005).

Nesse período de 1930 a 1945, denominado Era Vargas, pode-se perceber importantes alterações referentes à organização da saúde coletiva através da dinamização das instituições responsáveis e também da assistência individual pela interiorização das ações de saúde;

No plano da política de saúde, pode-se identificar um processo de centralização dos serviços que objetivava dar um caráter nacional a esta política. Nesta época, uniformizou-se a estrutura dos departamentos estaduais de saúde do país e houve um relativo avanço da atenção à saúde do interior, com a multiplicação dos serviços de saúde. Em relação às ações de saúde coletiva, esta é a época do auge do sanitarismo campanhista. No período de 38/45 o Departamento Nacional de Saúde é reestruturado e dinamizado, articulando e centralizando as atividades sanitárias de todo o país. Em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, com atuação voltada para as áreas não cobertas pelos serviços tradicionais. (Cunha & Cunha, 1988 apud BRASIL, 2005, p.30).

Nesta época, em relação à seguridade social, ocorre a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que congregavam as categorias profissionais com destaque naquele período como os ferroviários, bancários, empregados do comércio, marítimos, estivadores e funcionários públicos. Assim como as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), os IAPs ofereciam serviços de assistência médica, porém com diferenciação. Nas CAPs a assistência médica, era realizada de forma indistinta e por serviços próprios, porém com a restrição orçamentária que essas instituições começaram a sofrer houve uma redução desse tipo de assistência, ficando limitada a quando houvesse capacidade financeira para tal. Os IAPs contavam com uma solidez financeira e optaram pela compra de serviços médicos. (BRASIL, 2005; Oliveira & Teixeira, 1986).

O período posterior foi marcado pelo contexto externo, como a vitória na Segunda Grande Guerra dos Estados Unidos e dos Aliados que teve importante repercussão no Brasil. Grandes manifestações populares contra a ditadura acabaram resultando em outubro de 1945, na deposição de Getúlio Vargas e na elaboração, em 1946 de uma nova Constituição.

A partir de então, até 1964, o Brasil viveu uma fase conhecida como período de redemocratização, marcado por eleições diretas para os principais cargos políticos, pluripartidarismo e liberdade de imprensa, das agremiações políticas e sindicatos. (Bertolli Filho, 2008). Nesse período importantes mudanças em relação à estrutura organizacional da saúde ocorreram:

No campo da saúde pública vários órgãos são criados. Destaca-se a atuação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, criado no período anterior, em 1942, em

decorrência de acordo com os EUA. O SESP visava, principalmente, a assistência médica dos trabalhadores recrutados para auxiliar na produção de borracha na Amazônia e que estavam sujeitos à malária. A produção de borracha era necessária ao esforço de guerra dos aliados na 2ª guerra. Criou-se também o Ministério da Saúde, em 1953. As ações na área de saúde pública se ampliaram a ponto de exigir uma estrutura administrativa própria. Neste período, os sanitaristas discutiam sobre política de saúde, refletindo o debate que acontecia sobre economia. Havia de um lado aqueles que achavam que as condições de saúde melhorariam se fossem utilizadas técnicas e metodologias adequadas, de outros países. O SESP era um exemplo deste grupo, pois, no início, a estrutura dos serviços era sofisticada e cara, semelhante à estrutura dos Estados Unidos. De outro lado haviam os sanitaristas que buscavam uma prática articulada com a realidade nacional. Mas por muitos anos, as idéias do primeiro grupo influenciaram a prática do governo. (BRASIL, 2005, p.31).

No período do governo militar (1964 – 1980) houve movimentos contraditórios, tais como a retração do Ministério da Saúde aliada à extensão de cobertura previdenciária e à extensão de cobertura da assistência médica, sendo que essa última foi alvo de intensa acumulação de capital através do privilégio da construção de um complexo médico-hospitalar.

O primeiro efeito do golpe militar sobre o Ministério da Saúde foi a redução das verbas destinadas à saúde pública. Aumentadas na primeira metade da década de 60, tais verbas decresceram até o final da ditadura. Apesar da pregação oficial de que a saúde constituía um fator de produtividade, de desenvolvimento e de investimento econômico, o Ministério da Saúde privilegiava a saúde como elemento individual e não como fenômeno coletivo. E isso alterou profundamente a sua linha de atuação. (Bettolli Filho, 1996, apud BRASIL, 2005, p.33).

Essa diminuição no investimento dos recursos à saúde pública apontava para um enfraquecimento das ações de prevenção, em relação às ações médico-curativas que foram incentivadas dentro da lógica de ampliação das ações previdenciárias, que privilegiavam na saúde, esse tipo de ação.

Ilustrando a extensão de cobertura previdenciária e a formação do complexo médico hospitalar, os pesquisadores Jaime de Oliveira e Sonia Fleury Teixeira retratam com exatidão esse período;

A primeira característica marcante deste período é, portanto a extensão de cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e ainda parte da população rural. A política de concessão de assistência é assumida como um direito “consensual”. A segunda característica desse período é então a orientação da política nacional de saúde para o privilégio da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo. Podemos resumir a terceira característica desse período: a intervenção estatal na área da saúde, optando pela prática médica curativa e individual veiculada por intermédio da Previdência Social, propiciou a criação de um complexo-médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais da

área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos. (Oliveira & Teixeira, 1986, p.209).

Nas décadas de 1980 e 1990 é construída a base do SUS contemporâneo a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, da Assembléia Constituinte e da Constituição de 1988. O SUS é configurado como um sistema em que os três níveis de governo, a União, o Estado e os Municípios atuam de forma articulada, cabendo a este último a definição da organização de sua política de saúde.

A trajetória da reforma sanitária brasileira e a criação do SUS foram objetos de vários trabalhos que apontam o seu desenvolvimento, principais problemas e perspectivas num processo ainda em curso (Paim: 2008 a, 2008 b; Escorel, Nascimento, Edler 2005) bem como a luta política para a conquista da saúde como um direito na constituinte e na Constituição de 1988 apontando as tensões, visões antagônicas e disputas (Rodrigues Neto, 2003). Esses trabalhos permitem-nos perceber o quanto é necessário ainda realizar, no sentido de aprimorar as políticas públicas de saúde, mais especificamente o SUS, assim como a luta constante pelo exercício do direito à saúde por parte dos cidadãos.

Se formos comparar os períodos anteriores ao SUS com o momento atual, percebemos que houve uma progressiva mudança em relação à forma como a assistência à saúde é ofertada, havendo esforços no sentido de integrar as ações de assistência e de saúde pública, como a própria PNPS. Porém, ainda persiste um privilegiamento da assistência altamente especializada, dependente de uma crescente indústria de equipamentos de diagnose e hospitalares, com uma forte presença da indústria farmacêutica, pautando cada vez mais a terapêutica por uma opção mais “sofisticada, moderna e onerosa”. Isto à custa de um empobrecimento visível e crescente da clínica, havendo um distanciamento na relação médico-paciente.

O aprimoramento na própria gestão do SUS, com uma maior pactuação e distribuição de responsabilidades entre os três entes federativos - municípios, estados e união - propiciam uma maior participação e exercício efetivo de controle social, através, por exemplo, do financiamento de ações de fortalecimento do controle social previsto no Pacto de Gestão. Isto pode significar não só ações de controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde, assim como a participação desses no planejamento da política de saúde local, abrindo a possibilidade de adoção de modelo assistencial mais adequado a uma atenção integral e à promoção da saúde.

Podemos observar, nesses variados períodos da organização da atenção da saúde, que ocorreram à existência de diferentes modelos assistenciais, como o sanitarista, o médico curativo, e mais recentemente o da vigilância em saúde (Teixeira, Paim e Vilasbôas, 1998).

Esses modelos conviveram através das suas formas de organização de trabalhos distintas, num mesmo momento, como, por exemplo, a realização de campanhas, programas e ações de vigilâncias, que ocorrem nas unidades básicas de saúde (modelo sanitarista), com a organização da prestação de serviços de saúde no hospital (modelo médico curativo).

Essa rápida passagem por diferentes períodos de nossa história permitiu perceber, o quanto o tema da saúde teve implicação em uma série de mudanças ocorridas no Brasil, como o próprio sentido de nacionalidade, as formas de prestação de assistência à saúde ligadas à previdência, o papel central do governo federal na criação de estruturas compatíveis ao atendimento à saúde, o privilegiamento de uma determinada forma de assistência à saúde e o movimento da reforma sanitária e construção do atual SUS.

Buscou-se trazer alguns aspectos destacados pelos diferentes trabalhos pesquisados e que julgamos pertinentes no sentido de apresentar aproximações da discussão do papel do Estado na garantia da saúde de sua população, sem, contudo querer esgotar a complexidade desses períodos.

O papel das políticas de saúde na formação de noções de cidadania, na construção de Estados nacionais e das burocracias públicas e nas mudanças nas relações entre Estado e sociedade tem sido crescentemente reconhecido. (Lima, Fonseca, Hochman; 2005).

Portanto, reafirmo a contribuição que o SUS possa dar ao fortalecimento da consciência sanitária da população, na medida em que reconhece a saúde como um direito do cidadão. Reafirmo, ainda, o papel que o SUS tem na direção do fortalecimento do Estado, visto que cabe a este prover as necessidades de sua população em relação à saúde e para isso tem que atuar como um provedor desses serviços e condições gerais de vida.

A PNPS, na medida em que amplia a concepção de saúde, relacionando a mesma as condições gerais de vida e aos determinantes sociais que a influenciam, também, pode ter a potência para reforçar essa consciência sanitária da população e do entendimento da necessidade de um Estado forte e presente, na busca de uma saúde com qualidade.

1.3 – O Direito à Saúde e a sua relação com o Estado Brasileiro – elementos iniciais para refletir essa questão

O entendimento do direito à saúde necessita, para a sua compreensão, perceber como os direitos foram se constituindo em relação ao Estado, não sendo, entretanto, nossa intenção fazer um resgate histórico pormenorizado desse caminho, mas sim apontar um relato geral, que dê subsídios para entender o direito à saúde e enfocando-o a partir da realidade brasileira.

A discussão do direito à saúde se insere na longa caminhada em relação aos direitos universais do homem, podendo ser descrita essa trajetória em etapas, conforme anota Bobbio:

Desde as primeiras aparições nos séculos XVII e XVIII, a doutrina dos direitos avançou muito, sendo cumpridas algumas etapas dessa jornada. A primeira etapa, de grande importância que transformou uma aspiração secular em um verdadeiro e próprio direito, foi a *constitucionalização* através das Declarações dos Direitos inseridas nas primeiras constituições liberais, e depois, pouco a pouco, nas constituições de liberais e democráticas que sucederam nos dois próximos séculos. A segunda etapa foi a sua *progressiva extensão*, que teve como primeira forma de extensão ocorrida no próprio interior do direito de liberdades, como o de livre associação. A segunda forma de extensão ocorreu com a passagem do reconhecimento dos direitos apenas civis para os direitos políticos, até a concessão do sufrágio universal masculino e feminino, passagem que representou a transformação do Estado liberal em Estado democrático. A terceira e mais incisiva extensão é aquela que introduziu os direitos sociais, e assim transformou o Estado democrático e liberal em Estado democrático e social. A terceira etapa, que está apenas em seu início e que marca o debate sobre os direitos do homem nos tempos atuais, é aquela de sua *universalização*, que teve o seu ponto de partida na Declaração Universal dos Direitos do Homem. A quarta etapa, que só foi atingida nos últimos anos e a qual eu denominarei *especificação* dos direitos. Essas especificações ocorreram para definir melhor quem era esse homem e atendendo exigências de proteção específica, seja em relação ao sexo, às várias fases da vida, às condições normais ou excepcionais da existência humana. (Bobbio, 2000, p.482).

Em nosso país, mais especificamente em relação à saúde, o que podemos observar fazendo uma comparação com o processo descrito por Bobbio, foi que o processo de constitucionalização, aqui entendido como a inscrição do direito à saúde nas Constituições Federais se deu de forma distinta nos diferentes períodos de nossa história, como relata Dallari:

No Brasil a incorporação constitucional dos direitos sociais foi sobremaneira lenta. Nenhum texto constitucional se refere explicitamente à saúde como integrante do interesse público fundante do pacto social até a promulgação da Carta de 1988. A primeira república ignorou completamente qualquer direito social e evitou, igualmente, referir-se à saúde. A influência dos políticos e doutrinadores estrangeiros se faz presente no tratamento dado à saúde e na presença dos direitos dos trabalhadores na Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, promulgada a 16 de julho de 1934. De fato, em fórmula que será retomada apenas em 1988, confere-se competência concorrente à União e aos estados para cuidar da

saúde (art. 10, II), assinalando, especialmente, às três esferas de governo a incumbência de “adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis”; e de cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais” (art. 138, f e g). E, tratando da ordem econômica social, inclui entre os preceitos a serem observados pela legislação trabalhista a assistência médica e sanitária (art. 121, h). Os demais textos constitucionais anteriores à Constituição de 1988, limitaram-se a atribuir a competência à União para planejar sistemas nacionais de saúde, conferindo-lhe a exclusividade da legislação sobre as normas gerais de proteção e defesa da saúde e mantiveram a necessidade de obediência ao princípio que garantia aos trabalhadores assistência médica e sanitária. (Dallari, 1995, p. 24).

Mais recentemente, foi construído um conceito amplo de saúde na VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986 e que contou com ampla participação da sociedade civil e de profissionais do setor e intelectuais congregados no movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Por esse conceito a saúde é observada como um direito e fruto de uma série de condicionantes sociais, como podemos perceber:

Saúde como Direito – em seu sentido mais abrangente, a saúde é o resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. Direito à saúde significa a garantia, pelo, Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (Brasil, MS, 1987).

Essa definição de saúde e a sua vinculação como direito do cidadão e dever do Estado acabou influenciando fortemente a Assembléia Nacional Constituinte de 1987/1988 onde o Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde foi tomado como um dos documentos básicos para a discussão da reforma do setor saúde.

Como consequência dessa influência foi possível obter na Constituição de 1988 um avanço significativo em relação ao reconhecimento da saúde como um direito e também na reformulação da assistência à saúde a partir da constituição de um sistema único de saúde para fazer face às necessidades de estruturação do Estado, como podemos observar nos artigos da Constituição Federal no Capítulo da Ordem Social, na seção II - Da Saúde:

Art. 196. A saúde é o direito de todos e o 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 de promoção, proteção e recuperação. Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Art. 198. As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e

constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistências; III – participação da comunidade (Brasil, 2005).

Várias questões se colocam como importantes na discussão do Estado nos dias de hoje, como por exemplo, a sua criação e expansão, junto com a expansão dos direitos sociais e a própria democracia, os impactos decorrentes do processo de globalização, os ajustes de corte neoliberais e suas conseqüências na América Latina e no Brasil. Obviamente, essa extensa lista de possibilidades de discussão em torno do Estado em nosso estudo, é redimensionada para dar base ao entendimento da saúde relacionado a esse Estado.

Na constituição do Estado contemporâneo a relação entre o que seriam os direitos do cidadão e esse Estado, esteve presente, conforme anota Marés:

No final do século XVIII, a revolução francesa inaugurou formalmente este Estado, fundado na *Constituição* que o organiza e descreve, garantindo os direitos do cidadão. Chamar esse formal de Constituição revela a idéia de que antes dele, Estado não havia. Constituir quer dizer fazer, organizar, dar nascimento. Um Estado que tem constituição é o que foi feito, organizado, nasceu. Os pensadores deste novo Estado imaginavam que ele não poderia existir se o povo não lhe outorgasse livremente suas prerrogativas e poderes, isto quer dizer que todos os poderes e todas as prerrogativas pertenciam ao povo, como direito natural. (Marés, 2003, p. 233).

Esse mesmo autor aprofunda o enfoque dos direitos e a relação com o Estado, quando traz a opinião do jurista italiano Mauro Capelletti, que entende que a grande diferença entre os direitos (sociais) e os direitos tradicionais está na relação deles com o Estado. Os tradicionais são garantidos pelo Estado, estes devem ser promovidos pelo Estado, como anota:

Diversamente dos direitos tradicionais, para cuja proteção, requer-se apenas que o Estado não permita a sua violação, os direitos sociais – como o direito à assistência médica e social, à habitação, ao trabalho – não podem ser simplesmente “atribuídos” ao indivíduo. Exigem eles, ao contrário, permanente ação do Estado, com vistas a financiar subsídios, remover barreiras sociais e econômicas, para enfim promover a realização dos problemas sociais, fundamentos destes direitos e das expectativas por eles legitimadas. (Ibidem, p. 249).

A expansão dos Estados, no século XX, esteve ligada diretamente ao crescimento da democracia, conforme os seguintes números: em 1900, dos 43 países existentes no mundo, apenas 6 eram democráticos, esses números evoluem, sendo que em 1945 dos 121 países no mundo, 37 eram considerados democráticos, sendo que no final desse século, dos 193 países no mundo, 117 eram considerados democráticos. (Sader, 2003)

Em que pese às diferenças de entendimento do que seja uma democracia, vale destacar a expansão observada dos países/Estados ditos democráticos, sendo que essa expansão da

democracia política estava associada à expansão da democracia social, conforme anota o mesmo autor:

A democracia seria resultado da elevação dos indivíduos à sua condição de cidadãos, mais além do que mero s consumidores, no plano do mercado. A política era erigida em instância essencial da vida coletiva, recuperando a dignidade e a força que o liberalismo econômico lhe havia tirado. O pleno emprego foi a expressão mais articulada entre o plano econômico e a garantia dos direitos essenciais de cidadania, propiciando, onde ele existiu, as condições sociais e culturais mais à massa dos trabalhadores. A democracia política se fortalecia pela democracia social, como foi o caso da Europa ocidental no segundo pós-guerra do século XX. (Sader, 2003, p. 311).

Essa aproximação entre democracia e Estado, parece sugerir, no desenvolvimento dos Estados nacionais, uma relação com seus cidadãos que busque prover os direitos a que esses são possuidores. Porém, um tema que tem interferido nessa posição que o Estado deve ter em relação ao seu povo, passa pela própria redefinição do papel deste dentro de um contexto de globalização e neoliberalismo.

A expressão globalização, no sentido econômico que hoje prevalece, surge nos anos de 1980 em reconhecidas escolas americanas de administração de empresas. Vincula-se às grandes corporações multinacionais dos três centros do capitalismo mundial (Estados Unidos, Europa Ocidental e Japão). Afirma-se que a constituição de uma economia mundial sem fronteiras, aliada a capacidade de comunicação em tempo real, graças às inovações tecnológicas, cria a possibilidade de obterem altas taxas de lucros através da globalização dos mercados e, sobretudo, da integração global do conjunto da cadeia de criação de valor (Gómez, 2000).

Num contexto onde as grandes corporações multinacionais, e o mercado financeiro dominam a economia mundial eles tornam cada vez mais impotentes as políticas econômicas tradicionais dos Estados nacionais, a argumentação muda do domínio da micro gestão, interna das firmas para o interesse da macroeconomia (redefinição das políticas econômicas e das instituições nacionais) e da arquitetura do sistema internacional. (Ibidem).

Somam-se ao fenômeno da globalização a adoção das idéias neoliberais para enfrentamento de crises financeiras dos Estados em diferentes partes do mundo, sendo que a aplicação desse ideário macroeconômico teve uma grande repercussão na América Latina, conforme apontam vários estudos. (Soares, 2001; Fiori, 2002, Soares, 2003, Sader, 2005).

Segundo esses estudos, a adequação dos orçamentos dos Estados, sugerido pelo Consenso de Washington³, fez com que fossem priorizados ajustes nas políticas macroeconômicas, recomendando rigorosa austeridade fiscal e disciplina monetária, o que se seguia, a exigência de um programa de corte de gastos e de implementação de reformas administrativas, previdenciárias e fiscais, consideradas indispensáveis para o sucesso dos programas de estabilização monetária que vieram a ser implementados em quase todos os países latino-americanos e do Leste Europeu. (Fiori, 2002).

Na realidade, esse processo no Brasil, se inicia com o governo Collor de Mello em 1989, e é aprofundado por seu vice Itamar Franco, após o processo de *impeachment* do então presidente Collor. Porém, foi a partir do governo Fernando Henrique Cardoso e sua equipe que se dá a formulação e a implementação mais acabadas das chamadas “reformas”, nas quais a reforma do Estado ocupa lugar central (Soares, 2005).

Importante marco do governo Itamar Franco, através do seu ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso, o Plano Real, foi considerado como um plano de estabilização da economia e de combate a alta inflação, esse plano significou também, a resolução do problema que impedia o funcionamento do país como plataforma de valorização financeira internacional, que não era possível com um alto processo inflacionário. Esse plano abriu espaço para uma série de outras mudanças que teriam lugar no governo FHC, como a abertura econômica, as privatizações, a manutenção da sobrevalorização da moeda brasileira e a elevação inédita das taxas de juros. (Paulani, 2006).

Mas, dentre as repercussões do neoliberalismo na saúde, temos que ressaltar a questão da focalização da atenção à saúde, versus, a sua universalização, conforme aponta Cohn em relação ao impacto da globalização e do neoliberalismo:

Diante das restrições econômicas aos orçamentos dos Estados nacionais, o resultado na área social e da saúde é no geral o que prevaleça o lema de que “já que o Estado não pode ofertar tudo para todos, ele deve se encarregar daqueles setores socialmente mais desfavorecidos, ou socialmente vulneráveis”. Isto vem significando, nas reformas da saúde na América Latina, a instituição de um sistema de saúde fragmentado, que segmenta a população em dois grandes grupos: os segmentos sem renda ou de baixa renda (miseráveis e pobres) para os quais o Estado provê e produz serviços de saúde básicos (são os denominados pacotes básicos de saúde), e aqueles não pobres ou com algum poder de compra, que tem acesso aos serviços de saúde públicos estatais e/ou privados através do co-pagamentos ou de seguros de saúde. (Colh, 2008, p. 246).

³ Expressão cunhada e publicada em 1990, pelo economista norte-americano John Williamson para referir-se a um conjunto de idéias e políticas econômicas. Consenso construído durante a década de 1980 e que condensava e traduzia as idéias neoliberais, já hegemônicas nos países centrais, na forma de uma “pacote terapêutico” para a crise econômica da periferia do capitalismo (Fiori, 2002, p.86)

Na realidade brasileira, a partir da criação do SUS, temos um sistema de saúde universal, que está à disposição de toda sociedade, independentemente se ela contribui diretamente financeiramente por essa assistência. Isso pode ser considerado uma conquista social importante em nosso país, como consequência de uma maior permeabilidade do Estado à sociedade brasileira.

Porém, é necessário um maior entendimento da relação Estado-sociedade e para isso, pode nos ajudar a construção que Coutinho realiza em relação às categorias de Antonio Gramsci, que faz uma distinção entre sociedades do tipo oriental e ocidental. As primeiras se caracterizam por uma proeminência do Estado – o Estado é tudo e a sociedade civil é primitiva e gelatinosa - enquanto a segunda (tipo Ocidental) se caracterizaria por uma relação mais equilibrada entre Estado e sociedade civil (Coutinho, 2006).

Como uma das características positivas do atual SUS em relação à sociedade civil, podemos apontar o direito a participação e controle social a partir da ocupação de instâncias colegiadas pelos profissionais e usuários do sistema. Embora exista este direito, é necessário um aprimoramento em relação à participação nas diferentes instâncias como Conselhos Gestores de Unidades, Conselhos Distritais, Conselhos Municipais, Conselhos Estaduais além da participação nas Conferências de Saúde nos três níveis de governo.

Para uma atuação efetiva nessas instâncias é necessário, porém, uma sociedade de tipo “ocidental”, cujo papel mais consistente da sociedade civil pode estar apontando na direção de uma relação mais equilibrada com o Estado, principalmente na luta pela garantia efetiva de um dos direitos básicos do homem, o direito à saúde e à própria vida.

Nesse sentido, o possível fortalecimento da participação da sociedade civil – usuários do SUS e conselheiros de saúde – previstos na PNPS como uma ação de fortalecimento da população ou seu *empoderamento*, no sentido de ampliar em quantidade e qualidade as ações referentes à proteção, promoção e assistência à saúde prestada pelo Estado ao conjunto de seus cidadãos, pode ser um elemento importante num maior equilíbrio na relação Estado - sociedade.

Para melhor entender essa relação entre Estado e sociedade civil, no Brasil, trago as contribuições importantes de Coutinho a esse respeito. Segundo esse autor, essa relação se dá desde o tempo da independência do país:

No processo da independência, no qual se revela um traço que teve importantes consequências: conhecemos um Estado unificado antes de sermos efetivamente uma nação [...] Se o Brasil tivesse conhecido um processo de independência diverso, gerado efetivamente de baixo para cima, ou seja, por meio da ação de movimentos republicanos e relativamente populares – como as que ocorreram, por exemplo, não

só em várias regiões da América espanhola, mas também entre nós nas inconfidências mineira e, sobretudo baiana – talvez não fossemos hoje um único país, um país unificado. Essa eventual fragmentação não teria sido necessariamente negativa, caso tivesse contado com a participação popular, forjando assim estruturas mais democráticas ou no mínimo menos oligárquicas. (Coutinho, 2006, p.175 e 176).

Essa tradição de um Estado superposto à nação, reproduz-se na Revolução de 1930, a qual assinala um momento importante de descontinuidade na velha ordem. Costuma-se dizer que foi a partir de 1930 que o Brasil ingressa na modernidade, ou como assinala Coutinho, que o movimento liderado por Getúlio Vargas contribuiu para consolidar definitivamente a transição do Brasil ao capitalismo. Sendo uma característica desse período também, e que vai marcar decisivamente o Estado brasileiro, é uma forte marca corporativa, expresso pela incorporação do movimento sindical ao aparelho de Estado, ou seja, quando a sociedade civil começa a emergir, o Estado inicia uma tendência de absorvê-la. (Coutinho, 2006).

As duas formas utilizadas pela burguesia depois de 1930 para exercer a sua dominação no Brasil, ou pela ditadura aberta, ou pelo compromisso populista, parecem pertencer ao passado, sendo necessário hoje, combinar a sua dominação com formas de direção hegemônicas, ou seja, obtendo um razoável grau de consenso por parte dos governados. (Ibidem, 2006).

Neste sentido, se coloca hoje a necessidade de se criar um senso comum em torno do ideário neoliberal de um Estado mínimo, em que as privatizações, perdas de direitos trabalhistas e sociais, ajustes macro-econômicos com restrições das áreas sociais, sejam percebidos como elementos normais de uma nova ordem. Nessa nova ordem, qual o papel que caberia ao Estado em relação à saúde? Gerir a saúde como um novo produto a ser regulado pelo mercado, no caminho da sua privatização?

Essa, com certeza, não era a opção quando da promulgação da Constituição Cidadã de 1988 e da criação do SUS. Esperava-se que as políticas de saúde, gestadas dentro desse ideário de garantia e ampliação de direitos, pudessem reforçar a consciência sanitária e reforçar o papel democrático e de justiça social que esse Estado deve ter perante a sua população. Se a PNPS veio se contrapor à perspectiva neoliberal e resgatar os propósitos da Reforma Sanitária, é uma questão para o debate. É nesse sentido que segue nossa contribuição no próximo capítulo.

2 – A Política Nacional de Promoção da Saúde – seus antecedentes e o texto da política

Nesse capítulo teremos como objetivo identificar, a partir de documentos oficiais do Ministério da Saúde e de outros órgãos representativos, além de referências bibliográficas selecionadas, as origens do movimento promoção da saúde, suas principais propostas, quais as principais tendências da promoção da saúde, que ações e desdobramentos ocorreram no Brasil, assim como observar o contexto institucional precedente à promulgação da PNPS.

Após essas identificações, será analisado o texto da política propriamente dito, buscando identificar suas características principais, o que propõe como principais ações e como articula a gestão dessa política.

2.1 - O Movimento da Promoção da Saúde – buscando entender a influência na promoção da saúde no Brasil

Originalmente, o termo promoção da saúde aparece como um componente de um modelo de explicação da doença denominado modelo da história natural da doença que considera a inter-relação de três elementos que formam a “tríade ecológica”, a saber: o ambiente, o agente e o hospedeiro (Leavell e Clark, 1976). A doença seria resultante do desequilíbrio nas auto-regulações existentes no sistema.

Por este modelo, haveria uma história natural de uma doença humana que teria períodos, o primeiro que precederia a instalação de uma doença – o de pré-patogênese - e o próprio período em que o horizonte clínico é rompido e a doença se instala – o de patogênese. A cada período haveria uma correspondência de barreiras que poderiam ser opostas à manifestação da doença, que seriam a prevenção classificada como primária, secundária e terciária.

O período pré-patogênico seria a própria evolução das inter-relações dinâmicas envolvendo os condicionantes socioeconômicos e ecológicos e as condições intrínsecas do susceptível, até o estabelecimento de uma configuração de fatores que sejam propícios à instalação da doença no susceptível (Rouquayrol, 2003).

A promoção da saúde aparece como o primeiro nível da prevenção primária (dividida em dois níveis) e é feita através de medidas de ordem geral. O resultado dessas medidas é o aumento da saúde e bem estar-geral (Leavell e Clark, 1976) que corresponderia a moradias adequadas, escolas, áreas de lazer, alimentação adequada, educação sanitária, saneamento etc.

Anteriormente podemos observar a utilização do termo promoção da saúde por Sigerist (1946) conforme anota Buss:

Sigerist foi um dos primeiros autores a fazer referência ao termo promoção da saúde quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação a enfermos e a reabilitação. Ele afirmou que “a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso” (194:19), para o que pediu o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresarias, educadores e médicos. A estes, como especialistas em saúde, caberia definir normas e fixar standars (Buss, 2003, p.17).

Buss também aponta estudos de outros pesquisadores que comprovaram a influência de medidas sociais na saúde em geral da população:

Na realidade, já era reconhecido, há muito tempo, que as melhorias na nutrição e no saneamento (aspectos relativos ao meio ambiente) e as modificações nas condutas da reprodução humana, sobretudo a diminuição no número de filhos por famílias, foram os fatores responsáveis pela redução da mortalidade na Inglaterra e no País de Gales no século XIX e na primeira metade do século XX. As intervenções médicas eficazes, como as imunizações e a antibioticoterapia, tiveram influência tardia e de menor importância relativa (McKeown; Record & Turner, 1974 apud Buss, 2003, p.17).

O movimento da promoção da saúde propriamente dito teve um impulso através do acúmulo do debate realizado em várias partes do mundo na década de 1960, quando foi destacada a determinação econômica e social da saúde. Neste contexto, abriu-se o caminho para uma abordagem positiva nesse campo visando superar a orientação predominantemente centrada na enfermidade. (Brasil, 2002).

Entre as diferentes iniciativas realizadas com tal orientação, merece destaque especial a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior, com a realização das duas primeiras missões de observação de especialistas ocidentais promovidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1973 e 1974. Também o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde – Uma nova perspectiva na saúde canadense (1974) foi significativo.

Uma das primeiras observações relativas ao cuidado da saúde, que extrapola a tradicional abordagem da atenção médica, constitui o relato das missões à China em 1973 e 1974, referindo um conjunto de atividades para a melhoria da saúde, predominantemente realizadas em ambiente rural e desenvolvidas pelos chineses desde 1965, com a inclusão da organização da comunidade local. Essas atividades são as seguintes: atenção aos anciãos; promoção do desenvolvimento de indústria caseira; ajuda às escolas e serviços em geral; organização do povo para cuidar da saúde ambiental; realização de cuidados preventivos e

tratamentos, incluindo o uso de ervas medicinais; apoio à manutenção da ordem social no tráfego, policiamento e nos incêndios; promoção de campanhas de saúde em todos os níveis visando substituir velhos costumes e mobilizar a comunidade para movimentos de massa como: limpeza de casas, quintais e ruas; manutenção e uso de água potável; construção de unidades rurais de saúde; e controle da limpeza de locais públicos. Desenvolvidas pelos Comitês Comunais, essas atividades envolviam em um clima de autoconfiança os mais distintos segmentos da população, sob a orientação dos responsáveis pela saúde – que normalmente eram os chamados “médicos descalços” (Brasil, 2002).

Por sua vez, o Relatório Lalonde pode ser considerado um dos documentos pioneiros sobre Promoção da Saúde. O então ministro de saúde canadense, Mark Lalonde, divulgou em 1974 esse documento que ficou conhecido internacionalmente, conforme anota Buss:

Segundo Draper (1995), em texto preparado para a Canadian Public Health Association (CPHA), foi o primeiro documento oficial a usar o termo “promoção da saúde” e a colocar este campo no contexto do pensamento estratégico; além disso, para o mesmo autor, o referido documento oferecia uma nova fórmula para definir prioridades e um marco de referência para o planejamento estratégico. A motivação central do Relatório Lalonde parece ter sido política, técnica e econômica, pois visava enfrentar os custos crescentes da assistência médica ao mesmo tempo em que se apoiava no questionamento da abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas devido aos resultados pouco significativos que aquela apresentava. Os fundamentos do Relatório Lalonde se encontravam no conceito de “campo da saúde”, que reúne os chamados “determinantes da saúde”. “Este conceito contempla a decomposição do campo da saúde em quatro amplos componentes – biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde – dentro dos quais distribuem-se inúmeros fatores que influenciam a saúde” (Buss, 2003, p.22).

O movimento da promoção da saúde teve um impulso pelas diferentes Conferências Internacionais realizadas no período de 1986 a 2000. A primeira delas aconteceu no Canadá em 1986, sendo a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e que gerou o documento *Carta de Ottawa*. A II Conferência Internacional de Promoção da Saúde aconteceu na Austrália em 1988, gerando o documento final *Declaração de Adelaide de Políticas Públicas Saudáveis*. A III Conferência Internacional de Promoção da Saúde ocorreu na Suécia em 1991, gerando o documento final *Declaração de Sundsväl sobre Ambientes Favoráveis à Saúde*. É preciso destacar que no ano de 1992 ocorre a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas (Colômbia), que gerou o documento final *Declaração de Santafé de Bogotá* seguida que foi em 1993 da I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe (Trinidad y Tobago).

Retornando às Conferências Mundiais, ocorreram ainda mais duas, a saber, a IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Jakarta, que gerou o documento

Declaração de Jakarta sobre promoção da saúde no século XXI em diante e, por último, no ano 2000, a V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorrida no México.

A descrição mais pormenorizada da trajetória das Conferências traz alguns pontos interessantes que devemos destacar, dentre eles o apoio recebido de organismos internacionais para a saúde, a exemplo da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), o que representa a expansão da idéia de promoção da saúde e sua efetiva realização nos diferentes Estados do mundo. Esse movimento gera também tensionamentos sobre as concepções e formas de operacionalizar as políticas de promoção, o que fica evidente pelo conteúdo dos documentos finais.

As conferências internacionais de promoção da saúde, por sua vez, também contribuíram para o debate acerca da promoção da saúde a partir dos seus documentos finais de conferências. Conforme anteriormente assinalado, podemos destacar, a partir da visão de Carvalho, a importância do Relatório Lalonde e dos documentos oficiais para delimitar tendências no movimento da promoção da saúde:

A Promoção da Saúde moderna tem como marco inaugural o Relatório Lalonde, publicado no Canadá em 1974. Formaliza-se, aqui, a corrente behaviorista da promoção da saúde cujo eixo estratégico é formado por um conjunto de intervenções que buscam transformar os comportamentos individuais não-saudáveis. Nas duas últimas décadas do século XX surgem novas correntes da Promoção da Saúde no Canadá enfatizando, dessa vez, os determinantes socioambientais na explicação do processo saúde doença. Neste grupo situam-se: 1) a corrente da Nova Promoção da Saúde cujo documento de referência é a Carta de Ottawa (WHO, 1986); e 2) a corrente de Promoção da Saúde da População (Hamilton & Bhati, 1996), que tem no artigo “Producing Health, Consuming Health Care” (Evans & Stoddart, 1990) o seu texto fundador. (Carvalho, 2005, p.41).

Em nosso trabalho vamos abordar mais a Promoção da Saúde Moderna, inaugurada pelo Relatório Lalonde e a corrente da Nova Promoção da Saúde, cujo documento inspirador foi a Carta de Ottawa. Essa escolha deve-se à influência dessas duas correntes na construção da proposta de promoção da saúde em nosso país.

1.1 – A corrente da Promoção da Saúde Moderna

Sobre a corrente da Promoção da Saúde Moderna, o Relatório Lalonde argumenta que:

Ante a diminuição da morbimortalidade por causas infecciosas, envelhecimento da população e aumento das doenças crônicas degenerativas, as ações de saúde devem ter por objetivo adicionar anos à vida e também acrescentar vida aos anos, de forma que permita ao ser humano usufruir oportunidades advindas da crescente melhoria do quadro socioeconômico. Deriva daí um modelo que tem um argumento simples: saúde, definida como ausência de doença, resulta de um conjunto de determinantes localizáveis no “campo da saúde” e, nele, em quatro grupos explicativos: ambiente

(natural e social), estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde), biologia humana (genética e função humana) e organização dos serviços de saúde. (Carvalho, 2005, p.46)

Essa corrente da promoção da saúde buscou lançar mão de estratégias relevantes para implementar mudanças no cenário da saúde canadense. Dessa forma, mudar o foco das ações sanitárias do sistema de atenção à saúde para ações de promoção, romper com a percepção de que a saúde é resultante de cuidados médicos e conscientizar o público do desequilíbrio dos gastos setoriais, são algumas das metas propostas por essa corrente (Ibidem)

Também é destacada nessa corrente que são necessárias intervenções sobre os estilos de vida – aqui significado como um agregado de decisões individuais que afetam a saúde e sobre a qual as pessoas têm um maior ou menor controle – afirmando que:

“Decisões pessoais e maus hábitos criam riscos auto-impostos. Quando tais riscos resultam em doença ou morte, pode-se dizer que o estilo de vida da vítima contribuiu ou causou sua própria enfermidade ou morte... a culpa individual precisa ser (portanto) aceita por muitos pelo efeito deletério sobre a saúde causado por seus respectivos estilos de vida (Lalonde, 1974, PP. 26-32 apud Carvalho, 2005, p.48).

O Relatório Lalonde tende a uma abordagem para o social na determinação da doença ao sugerir a utilização de “campo da saúde” e formular um modelo explicativo ampliado do processo saúde-doença. Mas, contraditoriamente, essa abertura ao social é negada no interior do próprio documento quanto observamos que o social na saúde vai se transformando gradativamente em sinônimo de “estilo de vida saudável” (Ibidem)

Finalizando a apresentação dessa corrente da promoção da saúde, Carvalho complementa:

“Dessa maneira, o social dilui-se em uma retórica comportamental, a-histórica, que toma o ambiente como tudo aquilo que inclui todas as coisas relacionadas com a saúde e que são externas ao corpo humano e sobre o qual o indivíduo tem pouco ou nenhum controle. Estão ausentes temas como poder, sujeitos sociais, estruturas sociais, capitalismo e luta de classes. O mesmo ocorre com categorias como pobreza, iniquidade social, desemprego, condições de trabalho e de vida, democracia, participação e direito. Estas limitações da corrente de promoção da saúde behaviorista estão na raiz do fenômeno de “culpabilização das vítimas”, um processo no qual determinados grupos populacionais, à margem do desenvolvimento capitalista, passam a ser responsabilizados por problemas de saúde cujas causas se encontram fora de sua governabilidade. Em determinados contextos (hegemonia de políticas neoliberais) estratégias behavioristas podem vir a constituir-se uma escusa para a desobrigação do Estado em relação às suas obrigações sociais, à custa de maior carga de responsabilidade de indivíduos e grupos por seus problemas de saúde” (Ibidem, p.50)

Essa avaliação da Promoção da Saúde Moderna também é corroborada pelo documento do Ministério da Saúde (MS) sobre as Cartas de Promoção da Saúde, onde se aponta que no Canadá o avanço foi limitado, praticamente concentrando-se, num primeiro momento, no quadrante do campo da saúde correspondente aos estilos de vida, com ênfase na ação individual. Este fato foi objeto de várias críticas porque, ao mesmo tempo em que poderia influenciar no alcance de uma melhor saúde, estava, por outro lado, culpando a própria vítima por sua possível enfermidade. (Brasil, 2002)

Enfocando a realidade canadense quando da transição entre a corrente Promoção da Saúde Moderna e a Nova Promoção da Saúde, observamos que, em 1981, na realização da Primeira Conferência Nacional de Saúde, foi introduzida a idéia de que o contexto social era um poderoso determinante da saúde porque moldava o comportamento individual, admitindo-se que a escolha do estilo de vida dependia da classe social.

Com isto, uma visão ampliada de promoção da saúde implicava numa atuação sobre as iniquidades, estendendo o âmbito da prevenção e apoiando a população para enfrentar essas circunstâncias. A promoção da saúde passou, então, de sua base nos estilos de vida à nova orientação centrada nos fatores sociais e ambientais.

Posteriormente, em 1984, sob a liderança do ministro Jake Epp, uma nova conferência de saúde canadense denominada “Além do Cuidado da Saúde”, com a participação da Organização Mundial da Saúde/Escritório Europeu (EURO/OMS), dois novos conceitos foram introduzidos: o de política pública saudável e o de cidade ou comunidade saudável.

Admitindo com isso, a influência na situação de saúde a partir de decisões políticas externas ao setor saúde e com a idéia de “cidade saudável”, avançou-se no conceito de “empoderamento” e participação social, através da descentralização do poder às comunidades locais. Com essa motivação foi planejada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa – Canadá, em 1986, em colaboração com a Organização Mundial da Saúde e a Associação Canadense de Saúde Pública. (Brasil, 2002)

1.2 – A corrente da Nova Promoção da Saúde

Essas idéias da Nova Promoção da Saúde estão presentes na primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que em seu documento final, a Carta de Ottawa, traz como definição da promoção da saúde que a mesma é entendida como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”.

A Carta de Ottawa estabelece que as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, dando ênfase que os incrementos nas condições de saúde requerem uma sólida base desses pré-requisitos. Preconiza também cinco campos de ação para a promoção da saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde. (Brasil, 2002; Buss, 2003).

Um dos núcleos filosóficos da abordagem da Nova Promoção da Saúde, consolidada na Carta de Ottawa, é o conceito de “*empowerment*”. Esta categoria corporifica a razão de ser da Promoção da Saúde enquanto um processo que procura possibilitar que indivíduos e coletivos aumentem o controle sobre os determinantes da saúde, para terem uma melhor saúde (Carvalho, 2004).

No Brasil, esse conceito é traduzido como “empoderamento”, por conta da dificuldade de sua tradução literal; porém, é importante termos uma melhor compreensão de seu significado, e, por isso, trago a contribuição de Carvalho:

“Empowerment é um conceito complexo que toma emprestado noções de distintos campos de conhecimento. É uma idéia que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da “ação social” presente nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX. Nos anos 70, este conceito é influenciado pelos movimentos de auto-ajuda, e, nos 80, pela psicologia comunitária. Na década de 90 recebe o influxo de movimentos que buscam afirmar o direito da cidadania sobre as distintas esferas da vida social entre as quais a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico. (Carvalho, 2004, p.1090).

Esse “*empowerment*” possui também duas dimensões distintas, que são a psicológica e a comunitária. A dimensão psicológica, ou, “*empowerment*” psicológico, pode ser definida como um sentimento de maior controle sobre a própria vida que as pessoas experimentam através do pertencimento a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade que as pessoas participem de atividades políticas coletivas. Essa formulação é influenciada por uma perspectiva individualista que tende a ignorar a influência dos fatores sociais e estruturais. (Carvalho, 2004).

O “*empowerment*” comunitário, por sua vez, é tido como um elemento-chave de politização das estratégias da Nova Promoção da Saúde, conforme anota Carvalho:

Para os teóricos do “*empowerment*” comunitário, a sociedade é constituída de diferentes grupos de interesses que possuem níveis diferenciados de poder e de controle sobre os recursos, fazendo com que processos de “*empowerment*” impliquem, muitas vezes, a redistribuição de poder e de resistência daqueles que perdem [...] O afirmado anteriormente permite-nos definir, em termos genéricos, o

“*empowerment*” comunitário como um processo, e um resultado, de ações que afetam a distribuição de poder levando a um acúmulo, ou desacúmulo de poder no âmbito das esferas pessoais, intersubjetivas e políticas. (Carvalho, 2004, pgs 1091 e 1092).

Após a realização da Conferência de Ottawa, ocorreram vários desdobramentos em relação à promoção da saúde. No Brasil, uma das suas conseqüências foi o surgimento do movimento Cidades Saudáveis denominados em nosso país de Municípios Saudáveis.

Também observamos em nosso país, que na década de 1990, a Promoção da Saúde passa a ter crescente importância no pensamento sanitário brasileiro, fazendo-se presente no modelo teórico da Vigilância à Saúde e influenciando estratégias como as já citadas Cidades Saudáveis e o Programa de Saúde da Família. (Carvalho, 2005)

Por fim, destaco também, que contrário à visão centrada no indivíduo, como o grande responsável por sua saúde, foi sendo fortalecido o pensamento da influência dos determinantes sociais no processo saúde-doença. Dessa forma, se desenvolveu na América Latina, principalmente a partir da década de 1970, através do trabalho de distintos pesquisadores tais como Juan Cesar Garcia, Cristina Laurell, Jaime Breilh, Cecilia Donangelo e Sérgio Arouca, entre outros, um pensamento crítico em relação à saúde, ligado ao desenvolvimento do ensino da medicina preventiva e social e ao enfoque na saúde pública. No Brasil, inclusive, ocorre uma nova denominação da saúde pública que é rebatizada como saúde coletiva. (Brasil, 2002, Carvalho, 2005).⁴

Sobre essa nova denominação da saúde pública estava na realidade sendo gestado um novo paradigma, uma nova maneira de compreender e agir sobre o processo saúde e doença, conforme anota Campos na introdução da obra de Carvalho:

“Bastante influenciada pelo marxismo, o estruturalismo e pós-estruturalismo francês, a Saúde Coletiva desconstruiu, o quanto pôde o império biomédico dominante em pesquisa, ensino e práticas em saúde.

Com essa nova roupagem a Saúde Coletiva deu ênfase à determinação social da saúde e doença, demonstrando os limites da lógica que explicava endemias e epidemias apenas, ou principalmente, com base na dinâmica específica de microorganismos. Ressaltou a estreita relação entre política e direito à saúde, trazendo para o campo sanitário, conceitos como democracia, movimentos sociais, políticas públicas, entre outros. Apesar de valorizar o bem-estar social como elemento fundamental para a garantia a saúde, a Saúde Coletiva tratou de enfatizar a construção de um sistema público de saúde que garantisse o atendimento universal e que contemplasse os vários componentes do cuidado da saúde. O Sistema Único de Saúde incorporou várias diretrizes deste movimento, entre outras a novidade que

⁴ Essa discussão da promoção da saúde e a saúde coletiva, em que pese trazer vários elementos enriquecedores, será retomada nas considerações finais do trabalho, aqui ela se insere como um elemento na apresentação da promoção da saúde, demarcando que no Brasil (e América Latina) havia uma rica produção acadêmica na época que possibilitou influenciar na própria criação do SUS.

incluía trabalhadores de saúde e representantes da sociedade na gestão do sistema”. (Carvalho, 2005, p.14).

Portanto, a promoção da saúde no Brasil vai estar situada dentro de uma perspectiva de organização da saúde pública, que teve um histórico de construção baseado no questionamento dos determinantes sociais da saúde, evoluindo para uma concepção da saúde encarada como um direito e dever do Estado, o que se configurou com a constituição do SUS.

2-2 – A institucionalização da Promoção da Saúde no Ministério da Saúde – das primeiras iniciativas à PNPS

Anterior à elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde, o Ministério da Saúde (MS) já realizava iniciativas referentes à promoção da saúde. Nessa parte do trabalho vamos buscar fazer esse resgate histórico com base principalmente dos documentos publicados pelo próprio MS e outras entidades representativas da saúde.

A promoção da saúde ganhou institucionalidade no Ministério da Saúde (MS) com a formalização, em 1999, de um projeto de cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), que estava sob responsabilidade da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) até o final de 2002: o Projeto Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção.

Esse projeto foi responsável pela difusão de informações e iniciativas de articulação de ações de promoção da saúde. Dentre as ações de divulgação, podemos citar a publicação da Revista Promoção da Saúde, sendo o seu número inaugural lançado em 1999, trazendo a discussão central que seu título apontava: “Município Saudável – novo conceito de gestão revoluciona a vida de comunidades”. (Brasil, 1999)

Buscava-se, dessa forma, divulgar uma proposta que nascera a partir do amadurecimento da experiência canadense com a Promoção da Saúde e que, com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) se desenvolveram no mundo como um todo.

Na Europa, as cidades têm formado redes, e os projetos vem se desenvolvendo em aproximadamente 650 cidades. Há redes de língua francesa, que inclui Cidades Saudáveis na África, Canadá e França; e a Rede de língua espanhola, que congrega as cidades saudáveis na Espanha e América Latina. (FLYNN, 1996 apud Mendes, 2000).

A difusão da estratégia dos municípios ou comunidades saudáveis ocorreu na América Latina através da contribuição da Organização Pan Americana de Saúde, que elaborou e

distribuiu um Guia para Prefeitos e autoridades locais sobre Municípios e Comunidades Saudáveis.

Nesse documento, o município era considerado como saudável quando os seus líderes políticos, organizações locais e cidadãos se comprometem a melhorar a saúde e a qualidade de vida de seus habitantes. Para isso, seria necessário formar e fortalecer um pacto social entre as autoridades locais, as organizações comunitárias e as instituições do poder público e privado. Um dos objetivos centrais apresentados foi o de fortalecer a implementação das atividades de promoção da saúde no âmbito local, colocando a promoção da saúde como a mais alta prioridade da agenda política. (OPAS, 2001).

O Ministério da Saúde, através do seu Projeto de Promoção da Saúde, além de divulgar e incentivar a adoção do conceito e estratégias dos municípios saudáveis, também incentivava a adoção de “hábitos saudáveis” por parte dos indivíduos, conforme a publicação de documento intitulado “A construção de vidas mais saudáveis”. Essa publicação dá ênfase à necessidade das pessoas praticarem exercícios físicos e terem uma alimentação mais saudável, apontando que a falta desses dois elementos, associados aos hábitos do sedentarismo, do tabagismo e da ingestão de bebidas alcoólicas, influenciam no aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis.

Porém, esse mesmo documento faz a ressalva da necessidade de políticas públicas que possam auxiliar neste sentido:

“Nos grandes centros, onde o indivíduo passa mais de uma hora preso em engarrafamentos de trânsito, onde a escalada da violência leva as pessoas a evitarem os espaços públicos, é importante a criação de ambientes favoráveis à atividade física, seguros e acessíveis a todos. Para isso são necessárias políticas públicas e o apoio de governos locais” (Brasil, 2002, p.7).

Podemos observar neste momento, no Ministério da Saúde, a configuração de dois grandes enfoques na área da promoção da saúde. Um deles é o movimento das cidades ou municípios saudáveis e outro, a adoção de hábitos saudáveis, principalmente relacionando os mesmos à transição demográfica e epidemiológica no Brasil, aonde o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis vem se tornando uma realidade.

Na excelente tese sobre os Municípios Saudáveis, Rosilda Mendes recupera a história de construção dessa proposta e como ela foi se configurando na realidade brasileira. Nas conclusões de seu estudo apontado em seu resumo, a autora esclarece que:

“Pode-se observar que os Projetos *Cidades Saudáveis* vêm se desenvolvendo no Brasil de diferentes maneiras, e seus avanços são bastantes restritos. As propostas

são frágeis e estão relacionadas a dificuldades de implementar novas formas de gestão, participativas, não setorializadas, capazes de alterar as estruturas políticas, sócias e econômicas. Esta fragilidade faz com que os projetos não se sustentem nas mudanças administrativas. Os estudos de caso, nas cidades de Jundiá, Estado de São Paulo, e Maceió, capital do Estado de Alagoas, mostraram que as condições gerais políticas das cidades não favoreceram a participação efetiva dos cidadãos nas questões que envolvem as condições de vida. O aspecto contraditório das relações Estado/sociedade civil fica evidenciado. A participação existe, é reconhecida pelo Estado que abre um espaço institucional para que ela ocorra, no entanto, os grupos sociais não têm conseguido penetrar nos espaços de poder, o que aponta uma série de limites relacionados desde a cultura institucional marcada por estruturas tradicionais e autoritárias que dificultam a participação, até os conflitos próprios do processo de organização da sociedade civil. (Mendes, 2000)

Mas, independentemente das críticas realizadas acima, foi possível observar um movimento de expansão do ideário dos municípios saudáveis. Na América Latina e Caribe, a estratégia de Municípios e Comunidades Saudáveis (MCS) é a estratégia mais usada de promoção da saúde, podendo ser um reflexo do incentivo que essa estratégia recebeu de organismos internacionais. A Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde lançaram um Guia para prefeitos e autoridades locais sobre municípios e comunidades saudáveis. Nesse documento, existe um item das redes nacionais, estaduais, e locais de municípios e comunidades saudáveis, onde aparece a rede brasileira de municípios saudáveis ligada ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis (CEPEDOC) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade Federal de São Paulo. (OPAS, 2001).

Nesse mesmo período, no MS, observamos a ênfase nos acidentes e violência no trânsito, conforme descrito no *projeto de redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito: mobilizando a sociedade e promovendo a saúde*. Observamos que:

“... a necessidade da elaboração de uma proposta de intervenção de caráter mais inovador e transformador, que estimule a construção de ambientes favoráveis à saúde e a qualidade de vida, extrapolando uma abordagem eminentemente técnica. Proposta esta capaz de garantir que a questão da violência no trânsito seja tratada de forma abrangente e compartilhada e que, sob a perspectiva da promoção da saúde, venha a desenvolver um trabalho intersetorial, de estímulo a participação social e de incentivo à adoção de um posicionamento mais cidadão e solidário na defesa de um modo de viver mais saudável” (Brasil, 2002, p.6).

Essa relação da promoção da saúde com os acidentes de trânsito perdura até os dias de hoje, conforme pode ser observado pelas portarias 3.095, 3.096 e 3.097 do Gabinete do Ministro do ano de 2008, que estabelecem incentivos financeiros para diversos municípios para a continuidade e sustentabilidade do referido projeto. Porém, as mudanças institucionais na condução da proposta da promoção da saúde no interior do MS acabaram por trazer um

novo foco de atuação da promoção da saúde, que foram as doenças crônicas não transmissíveis.

Em relação às mudanças da condução da promoção da saúde, dentro do MS, observamos, através dos registros nos documentos oficiais, como essa mudança ocorreu. De acordo com documento da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), entre 1999 e 2002 verifica-se uma série de dificuldades em articular a perspectiva da promoção da saúde ao SUS, que implicou num modo fragmentado de operação do Projeto e ao mesmo tempo, adiou a pactuação e a implementação de uma Política Nacional, segundo a avaliação dos coordenadores atuais dessa política. Entre agosto de 2003 e dezembro de 2004, coube à Secretaria Executiva (SE) do MS a gestão da PNPS, entendendo que ela deveria operar como um dispositivo integrador da agenda de vários segmentos sanitários.

No período, foram mapeadas as principais iniciativas e experiências em curso no país, convocadas oficinas de trabalho para o debate da PNPS junto às instituições de ensino e pesquisa e aos gestores de saúde, e construído um documento preliminar. No fim de 2004, com as mudanças de gestão do MS, a PNPS deslocou-se para a coordenação geral de doenças e agravos não transmissíveis (CGDANT) na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) (Brasil, 2006)

Essa mudança do lócus de criação e operacionalização, que se desloca da Secretaria Executiva, que teria a possibilidade de criar mecanismos de maior disseminação e articulação da PNPS pelo MS, para uma das Secretarias – de Vigilância em Saúde - dentro de uma Coordenação de Doenças Não Transmissíveis, poderia significar uma perda da capacidade de influência e articulação da PNPS. Nesse sentido, segundo o relato dessa mesma Coordenação, foram pensadas estratégias para garantir essa articulação da PNPS com os demais setores do MS e outros ministérios.

O Ministério da Saúde, apostando que a Promoção da Saúde deveria operar de forma transversalmente, institui o Comitê Gestor da Promoção da Saúde por meio da Portaria nº 1.190 de 14/07/2005. Esse Comitê é formado por diferentes secretarias e órgãos do MS, com a composição apontada a seguir: 3 representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), 3 representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), 1 representante da Secretaria de Gestão Participativa (SGP), 1 representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), 1 representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), 1 representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), 1 representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 1 representante da Agência

Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), 1 representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e 1 representante do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Suas atribuições são as seguintes: consolidar a proposta da Política Nacional de Promoção da Saúde; consolidar a agenda nacional de promoção da saúde 2005-2007 em consonância com as políticas, prioridades e recursos de cada uma das secretarias do MS e com o Plano Nacional de Saúde; articular e integrar as ações de promoção da saúde no âmbito do SUS; - Coordenar a implantação da PNPS no SUS e sua articulação com os demais setores governamentais e não governamentais; incentivar a elaboração por parte dos estados, Distrito Federal e municípios, de Planos de Promoção da Saúde, que considerem as diretrizes da PNPS e a Agenda Nacional de Promoção da Saúde; monitorar e avaliar as estratégias de implantação/implementação da PNPS e seu impacto na melhoria da qualidade de vida de sujeitos e coletividades. (Brasil, 2005)

Mas, anterior à constituição desse comitê gestor, podemos observar uma forte relação entre as ações de promoção da saúde e as doenças crônicas não transmissíveis. Isso se deve ao próprio quadro de transição demográfica vivenciado no país, onde a diminuição das taxas de fecundidade e natalidade aliada ao aumento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários propiciou um cenário favorável ao aumento dessas doenças.

Preocupado com essa situação, o Ministério da Saúde financiou, em 2002, um primeiro estudo de carga de doença, com o propósito de uma identificação mais precisa das doenças mais prevalentes no país, sendo comprovado que as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis pelas maiores proporções de anos perdidos por morte prematura (59,0%) e por anos vividos com incapacidades (74,7%) (Brasil, 2006: 47- 65).

Essa relação entre a promoção da saúde e as doenças crônicas não transmissíveis é evidenciada textualmente em trecho desse mesmo documento citado anteriormente:

“O surgimento no cenário mundial dos primeiros ensaios de Lalonde, apresentando as bases conceituais que subsidiaram as discussões da I Conferência Mundial de Promoção da Saúde, coincidiu com o reconhecimento de que as enfermidades não transmissíveis representam o principal problema de Saúde Pública para a maioria dos países, com tendência crescente; e de que os modelos de saúde centrados na atenção médica quase que exclusiva, não tinham perspectivas de equacioná-lo de forma custo-efetiva” (Brasil, 2006: p. 62).

Diante desse preocupante quadro epidemiológico, foi tomada como prioridade pelo MS a estruturação de um sistema específico de vigilância para essas doenças em função de suas peculiaridades e possibilidades existentes de prevenção e controle. Na realidade as ações

de estruturação dessa área já haviam sido iniciadas a partir do ano 2000 no antigo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), órgão vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e que foram consolidadas na criação da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), ligada a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS em 2003. Essa coordenação teve como principal missão a criação e implantação da vigilância de DANT em todas as esferas do SUS. (Ibidem)

Dois outros fatores importantes para potencializar o trabalho em relação à vigilância das DANT foram a aprovação da Estratégia Global para Alimentação e Saúde, ocorrida na 57ª Assembléia Mundial de Saúde, além da ratificação e implementação da Convenção-Quadro⁵ para o controle do tabagismo, que também é uma iniciativa da OMS a qual o Brasil se filiou (Ibidem).

Em outro documento mais recente do Ministério da Saúde SVS também são abordadas as DCNT, sendo que existe a explicitação de alguns pontos que julgo importantes e os quais dou destaque:

As DCNT são de etiologia multifatorial e compartilham **vários fatores de riscos modificáveis** como o **tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada, a obesidade, a dislipidemia e o consumo de álcool**. A maior parte dessas doenças não constitui um resultado inevitável de uma sociedade moderna, trata-se de um mal que pode ser prevenido, geralmente a um custo menor do que o das intervenções curativo-assistencial. Estimativas globais da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que 22% das doenças cardíacas, 10 a 16% dos casos de diabetes tipo 2 e de cânceres de mama, colon e reto poderiam ser evitados com a realização de um volume suficiente de atividade física. O compartilhamento de fatores de risco, somado à urgência em deter o crescimento das DCNT no país, justifica a adoção de estratégias integradas e sustentáveis de vigilância e monitoramento desses fatores, além da adoção de medidas de promoção, prevenção e controle dessas doenças, **desde que suas ações sejam assentadas sobre seus principais fatores de risco modificáveis** (MS/SVS, 2009 revista epidemiologia e serviços de saúde – Artigo: Padrão de Atividade física em adultos brasileiros: resultado de inquérito por entrevistas telefônicas, 2006, p.9; grifos meu).

Destaquei dois pontos do documento acima no sentido de chamar a atenção para o que o documento vem denominando de fatores de risco modificáveis, no qual é enfatizado que as ações de promoção e prevenção estariam assentadas sobre esses fatores.

Fatores de risco modificáveis, podem ser entendidos como aspectos possíveis de reversão pela ação dos indivíduos, que modificariam seus comportamentos e, assim, os riscos

⁵ A Convenção Quadro para o Controle do Tabaco, pode ser considerado um dos primeiros tratado internacional de saúde pública da história da humanidade. Foi lançado em 1992, durante a 52ª Assembléia Mundial de Saúde, porém, por mais de quatro anos, 192 países trabalharam em várias redações do texto da Convenção-Quadro antes de chegar a um documento de consenso que foi adotado por unanimidade na 56ª Assembléia Mundial da Saúde, no mês de maio de 2003. O documento determina um conjunto de medidas cujo objetivo é deter a expansão e consumo do tabaco e seus danos à saúde. (Brasil, Inca – pg1)

a eles vinculados. Para tentar esclarecer esse ponto, trago outra parte do mesmo documento, onde aparece a figura do Estado no enfrentamento desses riscos modificáveis:

O caso da prática de atividade física pode ser um exemplo da importância da intersectorialidade. A própria opção por uma vida mais ativa e saudável depende da oferta, da oportunidade de acesso a espaços favoráveis à prática do lazer e/ou exercício físico, como pistas de caminhada, ciclovias, praças públicas, espaços para a prática de esporte, além da garantia de segurança, infra-estrutura adequada, áreas urbanizadas, acesso pelo transporte público, entre outros direitos de cidadania. (Ibidem, p.14).

Nesse ponto, emerge a figura do Estado como um sujeito fundamental na garantia das condições para que os indivíduos possam realizar suas atividades físicas, atuando assim nos ditos fatores modificáveis. Porém, essa ação do Estado vem relacionada à intersectorialidade, parecendo que isso ocorreria por outra forma de arranjo com outros setores além da saúde, como o de esportes e obras, por exemplo. O texto em si não desenvolve mais esse ponto, parecendo que pelo setor saúde, a ênfase maior é na modificação dos comportamentos para atuar nos fatores de risco modificáveis.

2.3 – O Texto da PNPS – seus aspectos teóricos e ações prioritizadas

O documento da PNPS está estruturado da seguinte forma. Primeiramente, traz uma introdução onde contextualiza a Promoção da Saúde no Brasil, mais especificamente no SUS, trazendo vários trechos importantes que denotam claramente a proposta da PNPS.

Após essa introdução, o texto aponta os objetivos geral e específicos da Política, as diretrizes da mesma, assim como suas estratégias de implementação, as respectivas responsabilidades das esferas de gestão (federal, estadual e municipal) e as ações específicas da política.

Ao longo do trabalho, já destaquei alguns pontos do texto da PNPS, mais especificamente de sua introdução, no sentido de começar a fazer uma discussão a partir dos elementos concretos que a política apresenta. Nesse momento, destacarei também outros trechos do texto que julgo fundamentais no sentido de traduzir a intenção explicitada.

Um aspecto que julgo central na discussão da promoção da saúde é em relação ao papel individual e/ou coletivo na abordagem da promoção:

“Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária e, colocam os **sujeitos e comunidades como responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-adoecimento ao longo da vida**. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde,

como definida no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária.

Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses **pertencentes à ordem coletiva**, uma vez que seu processo de construção dá-se no contexto da própria vida” (Brasil, 2006 p.7, grifos meu).

A explicitação sobre a necessidade de observar os modos de vida não apenas como uma questão individual diferencia a PNPS da primeira corrente da Promoção da Saúde Moderna com a sua característica de mudanças de comportamentos individuais. Nessa corrente, o foco para as mudanças na saúde seria a adoção por parte do indivíduo e comunidades de comportamentos ditos saudáveis, enquanto na PNPS, conforme anotado em seu texto, a um reconhecimento da ordem coletiva, como influenciadora das opções de vidas desejáveis.

Trazer a discussão da promoção para uma esfera coletiva pode representar a afirmação da necessidade da intervenção do Estado no sentido de prover a população das necessidades básicas de vida (saneamento, habitação, alimentação, trabalho, lazer, etc) que podem estar na gênese de vários processos de adoecimento.

Outro ponto importante da parte introdutória do documento é quando propõe que as intervenções em saúde ampliem seu escopo observando os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes. Dessa forma, a organização da atenção e cuidado envolveria ao mesmo tempo as ações e serviços que atuem sobre o adoecer e ações que incidam sobre as condições de vida, favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham.

“Nesta direção, a promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias e na execução das agendas governamentais a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida e estimulem e fortaleçam o **protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação**, ratificando os preceitos constitucionais de participação social. (Ibidem, p.8, grifo meu).

A participação é encarada como um exercício de cidadania, indo além dos modos institucionalizados de controle social, sugerindo o texto a criação de mecanismos de mobilização e participação como os vários movimentos e grupos sociais, organizando-se em rede.

Reforça esse aspecto quando afirma que: “o paradigma promocional vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da

saúde, e mais ainda, no campo das políticas públicas, faça-se por meio de construção e de gestão compartilhadas.” (Brasil, 2006).

Afirma ainda, o texto, que pela Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro assume como um dos seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária, sendo que a garantia da saúde, neste contexto, implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos não só aos serviços de saúde, mas também na formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer.

O texto aponta ainda que a partir das deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007), o Ministério da Saúde propõe a PNPS num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo exigindo a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde.

O objetivo geral da PNPS é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, a saber: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Apresenta também doze objetivos específicos, os quais destaquei alguns por sua relevância e interesse no estudo, quais sejam:

- Incorporar e implementar ações de promoção da saúde com ênfase na atenção básica;
- Ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem;
- Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores em saúde;
- Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde;
- Contribuir para a elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais;
- Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde;
- Valorizar e ampliar a cooperação do setor saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade.

Como diretrizes da PNPS o documento aponta seis diretrizes, das quais também selecionei as de maior interesse ao estudo, quais sejam:

-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

Como estratégias de implementação, o documento propõe 13 estratégias, as quais seguindo os critérios anteriores, trago algumas delas que julgo mais importantes para o estudo:

-Estruturação e fortalecimento das ações de Promoção da Saúde no SUS, privilegiando as práticas sensíveis a realidade do Brasil;

-Estímulo à inserção de ações de Promoção da Saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas as ações de cuidado com o corpo e saúde; alimentação saudável e prevenção e controle do tabagismo;

-Apoio a Estados e municípios que desenvolvam ações voltadas para a implementação da Estratégia Global, vigilância e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis;

Estímulo à criação de rede nacional de experiências exitosas na adesão e no desenvolvimento da estratégia de municípios saudáveis;

-Apoio às iniciativas das secretarias estaduais e municipais no sentido da construção de parcerias que estimulem e viabilizem políticas públicas saudáveis;

-Apoio ao desenvolvimento de estudos referentes ao impacto na situação de saúde considerando ações de promoção da saúde;

O documento apresenta também as responsabilidades das esferas de gestão nos seus diferentes níveis – Federal, Estadual e Municipal - das quais destaquei algumas do gestor federal, visto a sua relação direta com a formulação e implementação da PNPS, sem, contudo desconsiderar que, assim como em outras iniciativas do SUS, ser necessário uma atuação dessas três esferas de governo.

O gestor federal entre outras responsabilidades deve:

-Divulgar a PNPS;

-Promover a articulação com os estados para apoio à implantação e supervisão das ações referentes à promoção da saúde;

-Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta política, considerando a composição tripartite;

- Desenvolver de ações de acompanhamento e avaliação das ações de promoção da saúde para a instrumentalização de processos de gestão;

- Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da PNPS;

- Definir ações de promoção da saúde intersetoriais e pluriinstitucionais de abrangência nacional que possam impactar positivamente nos indicadores de saúde da população.

O documento é finalizado apresentando as ações específicas para o biênio 2006-2007, sendo que apresentarei apenas os grandes grupos de linhas e não o detalhamento de cada uma visto a sua amplitude sendo que as grandes linhas já permitem sinalizar a direção que a PNPS terá na sua implantação, portanto as grandes linhas são:

- Divulgação e implementação da PNPS;

- Alimentação saudável;

- Prática corporal/atividade física;

- Prevenção e controle do tabagismo;

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

- Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito;

- Prevenção da Violência e estímulo a cultura da paz;

- Promoção do desenvolvimento sustentável.

A descrição mais detalhada do texto da PNPS e suas ações têm como objetivo explicar a construção da política, nos seus aspectos ditos mais teóricos, ou seja, que concepções de saúde, de promoção da saúde, da relação saúde e direito e papel do Estado, se apresentam como elementos explícitos do texto. Ao mesmo tempo, ao trazer as ações efetivamente propostas, buscam-se elementos iniciais para uma discussão da PNPS.

Observa-se que a PNPS, assim como o SUS, prevê a participação dos três entes federados, União, estados e municípios, na elaboração e implementação da política. Em que pese haver nessas esferas de gestão a possibilidade de discussão e participação da sociedade civil, via conselhos de saúde, essas ações de fortalecimento de uma compreensão e apoio por parte da população a uma nova forma de se encarar a saúde, não parece ser priorizada.

Porém, para um melhor estudo do que a PNPS efetivamente está realizando, é necessário observar quais foram os primeiros passos da implementação da política, a fim de perceber a correspondência entre o texto, as ações propostas e as iniciativas concretas de financiamento da política.

3 – A implementação e discussão da PNPS: das primeiras ações da política à crítica de seu texto

A intenção neste capítulo é abordar a implementação da PNPS, através, principalmente, da análise de documentos oficiais do MS, como editais e portarias que estabelecem mecanismos de financiamento de ações específicas da política em tela, além de observar outros documentos oriundos de seminários promovidos pelo ministério, onde se buscou realizar a análise de efetividades em Promoção da Saúde. Recorreremos, ainda, a avaliações de ações da Coordenação Geral das Doenças e Agravos não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde.

Também serão utilizados artigos publicados na Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde, de autoria de profissionais do MS com responsabilidades de execução dessa política. Por ser uma publicação da SVS/MS, essas publicações também foram considerados documentos oficiais do MS.

Após a abordagem da implementação das ações referentes à PNPS, iniciarei o processo de discussão da própria política, valendo-me dos elementos trazidos do primeiro capítulo, a saber: o conceito de saúde, a relação saúde-Estado e o direito à saúde; assim como dos aspectos abordados no segundo capítulo, referentes aos antecedentes da política e seu texto oficial. Busca-se, dessa forma, o amadurecimento dos elementos da conclusão e recomendações finais deste trabalho.

3.1 – A implementação da PNPS: como ela vem ocorrendo e quais as suas prioridades

A realização, em dezembro de 2006, do I Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde foi um dos marcos da implementação dessa política. Contou com a presença de 400 convidados, entre gestores e profissionais do SUS das três esferas de gestão, representantes do governo de outros ministérios, representantes de instituições, organizações governamentais e não governamentais e organismos internacionais; além de pesquisadores e outros interessados.

O evento foi promovido pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), sendo organizado pelo Comitê Gestor da PNPS. Por sua importância, destaco os objetivos, temas e estratégia debatidos no Seminário:

“O Seminário teve como objetivo propiciar espaço para discussão da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e das estratégias de implementação nas três esferas de governo e também propiciou a troca de experiências. Aprofundou-se o debate sobre os Determinantes Sociais da Saúde (como as condições socioeconômicas, habitação, condições ambientais, etc.), os fatores associados às inúmeras enfermidades crônicas e à baixa qualidade de vida das pessoas, tais como a obesidade, o tabagismo e a inatividade física, apontando para a necessidade de políticas públicas integradas e intersetoriais voltadas para a redução desses determinantes e condicionantes. Discutiu-se, também, sobre o papel do SUS como um ator na mobilização social pela cidadania e equidade” (Brasil/MS, 2006 – Notas seminário PNPS).

Foi elaborado ao seu término, um documento final que buscou fazer uma síntese analítica das apresentações e debates, sendo sua construção dividida em partes como: conceitos orientadores, estratégias, linhas de ação e relato de experiências. Nos conceitos orientadores, em relação à promoção da saúde, o documento demarca uma distinção interessante entre promoção e prevenção, como destaque:

Deve-se prestar especial atenção nas diferenças existentes entre promover e prevenir, conceitos que só nas aparências se confundem. *Promover* significa *impulsionar, fomentar, originar, gerar* e é algo que se refere a medidas que não se dirigem a doenças específicas, mas que visam aumentar a saúde e o bem estar, implicando no fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos determinantes e condicionantes da saúde. *Prevenir*, por outro lado, é *preparar, chegar antes de, impedir que se realize*. As operações envolvidas exigem ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural da doença, visando tornar seu progresso improvável. Implica ainda na necessidade do conhecimento epidemiológico para o controle e redução do risco de doenças, desenvolvendo projetos de prevenção e educação baseados na informação científica e nas recomendações normativas (Ibidem).

Essa distinção já foi objeto de trabalho de Dina Czeresnia, onde a autora chama a atenção para essa distinção afirmando que os projetos de promoção da saúde valem-se igualmente dos conceitos clássicos que orientam a produção de conhecimento específico em saúde-doença, transmissão e risco, cuja racionalidade é a mesma do discurso preventivo (Czeresnia, 2003). Porém, chama-nos a atenção o fato de, num documento oficial desse seminário, essa discussão aparecer demarcando essa distinção, e dessa forma, enfatizando o que o que se vai realizar com a PNPS é a promoção da saúde e não a prevenção de doenças.

Outro importante ponto desse documento, ainda referente ao item dos conceitos orientadores, é a discussão sobre os determinantes sociais e o que isso implica na PNPS, além do modo de operacionalização da mesma:

A abordagem meramente comportamental na promoção da saúde pode não ser suficiente, carecendo ser superada por uma abordagem ampliada dos problemas de saúde, o que pressupõe a ação sobre determinantes, o caráter coletivo das intervenções, o suporte em políticas públicas e na capacidade dos indivíduos e das comunidades. Em outras palavras, as estratégias devem ter natureza combinada, atuando nos planos individual, ambiental e político (Brasil, 2006).

O debate em torno dos determinantes sociais sobre a saúde que ocorre nesse seminário pode ser considerado uma decorrência da atuação da Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS) que foi criada por meio de Decreto Presidencial em março de 2006 (Brasil, Presidência da República, Casa Civil, 2006). Essa comissão, por sua vez, foi inspirada na Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health, CSDH) criada em 2005, pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

A Comissão Internacional da OMS tem como objetivo promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade de combate às iniquidades em saúde por eles geradas. (Fiocruz, 2008)

A comissão nacional é composta por 16 expressivas lideranças de nossa vida social, cultural, científica e empresarial, tendo como um dos objetivos, gerar informações e conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde no Brasil; visa, ainda, contribuir para a formulação de políticas que promovam a equidade em saúde e mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre esse tema. (Ibidem)

No relatório final produzido por essa comissão, em relação à análise da situação de saúde da população brasileira, um dos itens destacados refere-se ao “comportamento, estilos de vida e saúde”. Nele são destacados a importância da dieta e da atividade física, as implicações do tabagismo e do alcoolismo para a saúde. (ibidem)

Um fator importante na implementação da PNPS foi a atuação do comitê gestor dessa política. Esse comitê, inclusive, teve sua composição ampliada, incorporando representantes da Secretaria Executiva do MS, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), conforme a Portaria nº 1.409. (MS/GM, 2007).

Entre os objetivos desse comitê está a consolidação da PNPS através da definição de uma agenda nacional específica, buscando coordenar a implantação dessa política no SUS por meio da articulação com outros setores governamentais. Além disso, procura incentivar a

elaboração, por parte de estados, distrito federal e municípios, de planos de promoção da saúde, que considerem as diretrizes da PNPS e da agenda nacional de promoção da saúde.

Neste sentido, no ano de 2008 o comitê gestor, a partir da consolidação do “Programa Mais Saúde”⁶ e, nele, da relevância da promoção da saúde no SUS, trabalhou no sentido da organização das ações priorizadas neste programa, objetivando ampliar a integralidade das iniciativas junto a estados e municípios. Assim, trabalhou-se no detalhamento da matriz do “Mais Saúde” (Eixo 1) com as atividades de cada área integrante do Comitê gestor, na identificação de responsáveis e nas articulações intraministeriais para melhor efetividade das estratégias de implementação da PNPS.

Além disso, a partir do “Programa Mais Saúde”, discutiu-se a estratégia de financiamento integrado e sustentável da promoção da saúde no SUS, a partir da identificação dos recursos aplicados em promoção da saúde nos vários programas do Ministério da Saúde para a descentralização. No próximo ano esta será uma das principais pautas do Comitê Gestor da PNPS. (Brasil/SVS, 2008- Cadernos de Destaques Gestão SVS 2007-2008).

As estratégias de implementação foram aprofundadas em articulação com o CONASS e CONASEMS sobre os indicadores da Promoção da Saúde a serem utilizados no Pacto Pela Vida, tendo como resultado que os indicadores principais da Promoção da Saúde – prevalência de sedentarismo e tabagismo – foram pactuados por Estados e capitais. Os indicadores complementares – Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde-, foram pactuados por 100% dos estados e municípios prioritários, colocando a PNPS na agenda dos gestores do SUS. (Ibidem).

Os documentos até aqui consultados e que apontam o desenvolvimento da PNPS, fazem relação da política com dois grandes instrumentos de gestão atuais do SUS que são os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, além do Programa Mais Saúde. Neste sentido, para um melhor entendimento dessa relação apresento os mesmos de forma sucinta.

A nova proposta de estruturação da saúde via a construção da proposta do Pacto pela Vida, em defesa do SUS, introduz mudanças significativas para a gestão do SUS. Tem-se, por exemplo, a substituição do atual processo de habilitação⁷ pela adesão solidária

⁶ O Programa Mais Saúde Direito de Todos 2008-2001, foi lançado pelo Governo Federal, no ano de 2008 com o objetivo de relacionar a saúde com o desenvolvimento nacional. Poderíamos dizer que se trata de uma versão do Programa de Aceleração do Crescimento para a área da saúde.

⁷ Os municípios eram habilitados em duas modalidades de gestão: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde. Posteriormente, houve o enquadramento em apenas uma forma de habilitação, a Gestão Plena do Sistema Municipal, segundo a Portaria 2.023-GM de setembro de 2004, com o atual Pacto de Gestão. Esse sistema é modificado principalmente na forma do financiamento que passa a se dar por blocos, como a atenção básica, a atenção da média e alta complexidade, a vigilância em saúde, a assistência farmacêutica e gestão do SUS.

aos termos de compromisso de gestão, a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização, a integração das várias formas de recursos federais, e a unificação dos vários pactos hoje existentes (Brasil, MS- 2006).

Esse documento apresenta os pactos em três dimensões (pela vida, em defesa do SUS e de gestão), as quais têm interface com a implementação de ações da promoção da saúde.

Enfocarei, dentro dessas dimensões, as citadas interfaces. Em relação ao Pacto pela Vida:

“O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Os estados/regiões/municípios devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos. São seis as prioridades pactuadas: saúde do idoso; controle do câncer do colo de útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias – com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde, fortalecimento da atenção básica” (Brasil, MS- 2006, p.9).

O documento detalha os objetivos em relação a cada uma dessas prioridades eleitas, sendo que a Promoção da Saúde é assim destacada:

“Promoção da Saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável. Objetivos: a) Elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores; b) Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo; c) Articular e promover os diversos programas de promoção da atividade física existentes e apoiar a criação de outros; d) Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável; e) Elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos estados e municípios devendo iniciar sua implementação em 2006” (Brasil, MS – 2006 p.13).

O Pacto em Defesa do SUS, na realidade, reafirma a preocupação com a consolidação e o desenvolvimento do sistema de forma coerente com os seus princípios criadores. Neste sentido traz a preocupação de expressar os compromissos entre os gestores dos SUS com as diretrizes do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal (descentralização com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral e participação da comunidade).

Das iniciativas propostas para esse pacto destaco a repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS, bem como a promoção da cidadania como estratégia de mobilização social, tendo a questão da saúde como um direito. (Brasil, MS 2006).

Existem ainda ações propostas para o Pacto em Defesa do SUS, das quais destaco três, a saber: articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como direito; estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS; e ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania. (Brasil, MS, 2006).

Em relação às responsabilidades dos entes federados, aqui no caso destacado, os municípios, em relação ao planejamento e programação de suas ações, o Pacto de Gestão ratifica princípios já constitutivos do SUS. Dentre esses está o processo permanente de planejamento participativo que deve culminar na elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser aprovado pelo conselho municipal de saúde.

Uma das ações que é destacada em relação à promoção e que nos chama atenção pelo estudo é a formulação do Plano Municipal de Saúde, da política municipal de atenção à saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde. Essa atribuição faz parte do ponto das responsabilidades no planejamento e programação que, no caso, os municípios devem ter (Brasil, MS, 2006, p.51).

Como últimos pontos de destaque desse documento, chamo a atenção para as responsabilidades previstas em relação à participação e ao controle social. Nesse aspecto destaco os itens que prevêem que os municípios devem apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS; organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Municipais de Saúde; promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral; apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS. (Brasil, MS, 2006, p.63). Essa relação das questões de participação e controle social com a PNPS se coloca como estratégica, uma vez que a proposta da promoção da saúde aponta para um modelo de atenção à saúde que seja mais amplo no entendimento do que seja saúde e do direito à saúde que deve ser garantido pelo Estado aos seus cidadãos.

Nesse sentido, julgo ser fundamental a discussão da Promoção da Saúde nas Conferências Municipais, no sentido de fazer a crítica em relação ao modelo biomédico centrado nas questões da doença e que o entendimento da saúde como um direito e dever do Estado se faça na compreensão dos ideários da Reforma Sanitária Brasileira incorporados ao nosso SUS. Por isso, torna-se estratégico difundir o mesmo perante a população na direção do acúmulo de forças para a sua defesa e aprimoramento.

Um documento oficial estratégico atual e que merece nossa atenção no estudo é o documento “Mais Saúde – Direito de Todos 2008-2011” – no qual o governo federal analisa a saúde como um direito a ser atendido pelo SUS, num contexto em que coloca a saúde numa dinâmica de desenvolvimento do país. O documento sinaliza a projeção de metas e investimentos na área da saúde nesse período.

A explicitação dessas metas por eixos, entre os quais o da Promoção da Saúde, permite analisar o entendimento expresso por Promoção da Saúde e as possíveis interlocuções da PNPS. Por sua importância estratégica, como já argumentado, trarei partes textuais do mesmo como material para a reflexão sobre como a promoção da saúde está sendo entendida e implementada na atual gestão federal.

Na introdução desse documento fica explícita a compreensão da saúde como um direito e o contexto de desenvolvimento do país a qual se tenta vinculá-la:

“A saúde constitui um direito social básico para as condições de cidadania da população brasileira. Um país somente pode ser denominado “desenvolvido” se seus cidadãos forem saudáveis, o que depende tanto da organização e do funcionamento do sistema de saúde quanto das condições gerais de vida associadas ao modelo de desenvolvimento vigente. Não basta ser uma economia dinâmica, com elevadas taxas de crescimento e participação crescente no comércio internacional, se o modelo de desenvolvimento não contemplar a inclusão social, a reversão das iniquidades entre pessoas e as regiões, o combate à pobreza e a participação e organização da sociedade na definição dos rumos da expansão pretendida” (Brasil, MS, 2008, p.6).

A saúde, além de ser reconhecida como um direito fundamental do cidadão é percebida também dentro de um contexto de desenvolvimento, contribuindo tanto para os direitos de cidadania quanto para a geração de investimentos, inovações, renda, emprego e receitas para o Estado brasileiro. Considerando que o peso atual do setor saúde na economia do país, englobando as atividades industriais e os serviços da cadeia produtiva, representa entre 7% e 8% do PIB, mobilizando um valor de R\$ 160 bilhões, este setor torna-se importante fonte de receitas tributárias e responsáveis por grande geração de empregos diretos e indiretos (Ibidem, p.6).

Tendo essa relação entre saúde como direito e inserida dentro de um processo de desenvolvimento econômico e social do país, o documento define:

“O Programa Mais Saúde: Direito de Todos objetiva aproveitar as potencialidades oferecidas pelo setor como um dos elos vitais para um novo padrão de desenvolvimento brasileiro, enfrentando os enormes desafios ainda presentes. O Programa, ora apresentado à sociedade brasileira, contempla 73 medidas e 165 metas num total de R\$ 89,4 bilhões, estando R\$ 65,1 bilhões garantidos no Plano Plurianual (PPA) e R\$ 24,3 bilhões destinados à expansão das ações. Esse conjunto

de iniciativas permite consolidar a percepção estratégica de que a saúde constitui-se numa frente de expansão que vincula o desenvolvimento econômico ao social” (Brasil, MS, 2008, p.7).

O Programa está estruturado em sete eixos de intervenção, que por sua vez possuem suas diretrizes, medidas e metas prioritárias, sendo que o primeiro eixo considerado estratégico é o da Promoção da Saúde, conforme anota o documento:

“O Programa Mais Saúde: Direito de Todos parte da premissa de que é necessária uma grande articulação do Governo federal e deste com estados e municípios para a **Promoção da Saúde**, mediante a convergência de um amplo conjunto de políticas econômicas e sociais (Eixo 1). O Eixo Promoção perpassa os eixos do programa, uma vez que articula o elo saúde e desenvolvimento, devendo ter uma atuação marcante em todos os campos de intervenção. Como desdobramento, **somente incluiu-se neste eixo as ações especificamente voltadas para a promoção, deixando-se aquelas vinculadas à prevenção, à assistência, à produção e à inovação** para os campos específicos de intervenção (Brasil, MS, 2008, p.9, grifos meu).

Em relação ao Eixo 1 – Promoção da Saúde, este apresenta a diretriz de mobilizar a sociedade e o Estado em torno de um grande esforço articulado e intersetorial para uma ação convergente com os determinantes sociais da saúde e para a conscientização das pessoas para as práticas e os comportamentos saudáveis.

Apresenta esse eixo um conjunto de onze medidas, das quais destaquei seis, quais sejam:

- Implementar em 1.000 municípios ações de promoção e monitoramento para gestantes e a população de zero a cinco anos, a partir de critérios definidos pela Câmara de Políticas Sociais (Brasileirinhos Saudáveis);
- Expandir as Ações de Planejamento Familiar;
- Estimular o aleitamento materno;
- Fortalecer e ampliar a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador;
- Fortalecer e ampliar as ações de promoção para a Atenção Integral à Saúde do Idoso;
- Promover ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde (para grupos populacionais de negros, quilombolas, GLBTT, ciganos, prostitutas, população em situação de rua, entre outros).

Essas medidas foram selecionadas, por que, em maior ou menor escala, todas elas acabam não se enquadrando nos critérios apontados anteriormente que diz só incluir nesse eixo “as ações especificamente voltadas para a promoção”, pois, por exemplo, as medidas de monitoramento das gestantes e população de zero a cinco anos; expansão das ações de

planejamento familiar e estimular o aleitamento materno tradicionalmente estão ligadas as ações específicas no campo da saúde materno-infantil.

Quando essas medidas são desdobradas em metas - para cada medida existe uma série de metas indicadas - a impressão de que existem ações alocadas no eixo de Promoção que não podem ser entendidas como tal acaba ficando mais evidente, pois se não, como entender as metas vinculadas à medida de expansão de ações de planejamento familiar, quando propõem, por exemplo, ampliar a compra e distribuição de métodos contraceptivos (anticoncepcionais orais e injetáveis; DIU; diafragma; preservativos) ou quando propõe ampliar a quantidade de vasectomias ou laqueaduras.

Diferentemente dessas metas apontadas acima, com características mais próximas do campo da assistência a saúde, a meta relacionada à medida de enfrentamento das iniquidades e desigualdades para grupos populacionais específicos (negros, quilombolas, GLBTT, ciganos, etc.), também pautada no eixo de promoção da saúde, é de formar 5.000 lideranças sociais com conhecimentos sobre os determinantes e o direito à saúde e implantar e apoiar equipes em todos os estados para o planejamento e execução de ações de enfrentamento de iniquidades. Isto sugere, no meu entender, que as iniquidades em relação à saúde e ao SUS se restringe a populações marginalizadas e o fortalecimento de sua consciência sanitária ficaria restrito a esses grupos populacionais.

No processo de avaliação da PNPS, existem dois documentos que permitem acompanhar a implementação, realizada por parte do MS, das ações previstas na política em estudo. Esses documentos são: o Caderno de Destaques da Secretaria de Vigilância em Saúde – 2007/2008; e a apresentação realizada no II Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde, sobre os avanços e resultados da implementação da PNPS, sendo esse seminário realizado no ano de 2008.

Segundo esses documentos, é possível identificar as principais ações empreendidas. Por exemplo, pode-se observar que em 2006 e 2007 construiu-se como estratégia para a descentralização das Políticas Nacionais de Promoção da Saúde e Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a publicação de editais de concorrência pública para o financiamento de propostas de ação vinculadas à atividade física e à prevenção de violências e promoção da cultura pela paz.

Dessa forma, no ano de 2007, em relação às praticas corporais e atividade física (edital nº2, de 11/09/2006), foram repassados um total de R\$ 5,3 milhões para 132 entes federados, compondo a rede nacional de promoção da atividade física, sendo que nesse mesmo ano, foram repassados um total de R\$ 3,9 milhões para 78 projetos de núcleos estaduais e

municipais de prevenção das violências e promoção da saúde (edital nº 3, 11/09/2006), compondo também, a rede nacional de núcleos de prevenção das violências e promoção de saúde (SVS, 2008).

A expansão de ambas as redes nacionais acontece ainda em 2007 com o lançamento dos editais: nº1, de 14/09/2007 (prevenção de violências e promoção da saúde) e nº2, de 16/09/2007 (práticas corporais e atividades físicas). Por meio desses editais foram financiados mais 130 núcleos estaduais e municipais de prevenção de violências e promoção da saúde com investimentos de R\$ 13 milhões e mais 209 entes federados para Atividade Física com investimento de mais de R\$ 16,8 milhões (Ibidem).

O fortalecimento dessas redes nacionais implicou também na cooperação técnica quanto à qualificação dos profissionais envolvidos. Nesse sentido, podemos destacar a realização em 2007 do primeiro curso internacional de atualização em avaliação de programas de atividade física, em parceria com o Centers for Disease Control – CDC/Atlanta/USA, destinado a 103 gestores e coordenadores de projetos financiados.

No ano de 2008, houve um avanço importante na integração das temáticas prioritárias à PNPS. Depois de análises conjuntas com CONASS, CONASEMS e o Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Assistência à Saúde, propôs-se que o investimento de recursos para a PNPS abarcasse toda a agenda temática da PNPS, fortalecesse o processo de articulação e integração dos processos de trabalho locais e garantisse a sustentabilidade das propostas financiadas nos anos anteriores.

Assim, foi publicada a Portaria nº 79, 23/09/2008, para descentralização de R\$ 27.480.000,00 aos entes federados que apresentassem propostas de ação vinculadas à agenda prioritária da PNPS e que fossem efeito do planejamento integrado da Vigilância em Saúde e Atenção Básica/Saúde da Família em resposta à análise de situação de saúde local. Após análise das propostas enviadas por Comitê *ad hoc* envolvendo várias áreas técnicas do Ministério da Saúde, foram validadas 284 propostas de ação, que já eram financiadas pelos editais de concorrência pública dos anos de 2006/2007, e aprovadas 241 propostas novas (SVS, 2008).

Em relação à qualificação profissional, no ano de 2008, ocorreram outras iniciativas de cursos, dos quais destaco: o II Curso Internacional de Avaliação de Programa de Atividade Física para 210 municípios da rede nacional de práticas corporais/atividade física em articulação com o CDC/Atlanta e a Universidade Federal de Goiás; além do Curso Básico de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, em articulação

com as Secretarias Estaduais de Saúde, sendo abordada a temática das violências e acidentes. (Ibidem).

Em relação à avaliação de efetividade de experiências no âmbito das práticas corporais e atividade física desenvolvidas no Brasil, o Ministério da Saúde participa da coordenação de três iniciativas.

A primeira delas é o Projeto GUIA – Applying Evidence-Based Physical Activity Recommendations in Brazil – desenvolvido em parceria com o Center for Disease Control (CDC-USA), a Saint Louis University School of Public Health Prevention Research Center, a Organização Pan-Americana de Saúde, entre outros, para avaliar a efetividade de programas de promoção das práticas corporais/atividade física nas cidades de Recife, Aracaju e Curitiba, nos anos de 2007/2008.

A segunda iniciativa é estruturada a partir de uma rede de universidades brasileiras – Universidade Federal de Pernambuco, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Sergipe e Universidade de São Paulo – secretarias municipais de saúde de Recife, Vitória do Espírito Santo, Aracaju, Belo Horizonte e Curitiba – integrados pelo Ministério da Saúde, que desenvolvem pesquisas quali-quantitativas dos programas de atividade física nas cidades parceiras do projeto, inquirindo sobre satisfação dos usuários, profissionais e gestores. Como resultado deste processo de articulação e pesquisa, destacam-se as avaliações do Programa Academia da Cidade do Recife, em 2007, e da política municipal de promoção da saúde de Curitiba, com avaliação dos usuários dos espaços públicos e do programa CuritibaAtiva.

A terceira iniciativa, desenvolvida e coordenada exclusivamente pelo Ministério da Saúde, constitui-se no acompanhamento e avaliação de 279 projetos da rede nacional de práticas corporais/atividade física, por meio de questionários nos modelos impressos e on line, este último utilizando o sistema FORMSUS do Ministério da Saúde (SVS, 2008).

Outras formas de avaliação da Promoção da Saúde, apontadas pelo MS, são a utilização do Vigitel que é um sistema de monitoramento de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis por meio de inquérito telefônico, realizado nas 27 capitais do país, subsidiando o planejamento e gestão da promoção da saúde e da prevenção de doenças (MS, 2008 – II Seminário de Efetividade da Promoção da Saúde).

3.2 – Discussão da PNPS – refletindo sobre o texto, as ações e perspectivas

O estudo dos editais e portarias (anexo 1) relativas ao financiamento das ações da PNPS possibilitaram perceber uma concentração na construção de duas grandes redes nacionais, a rede de promoção das práticas corporais/atividades físicas e a rede de núcleos de prevenção das violências e promoção da saúde e vigilância das violências e acidentes (VIVA).

Com base na análise da portaria nº 79, de 23 de setembro de 2008 da Secretaria de Vigilância em Saúde – MS e da portaria nº 139 de agosto de 2009, foi possível montar quadros de distribuição da rede nacional das práticas corporais/atividades físicas para o ano de 2008(anexo 1) e para o ano de 2009 (anexo 2) por municípios, estados e região, assim como para a outra rede foi possível montar quadro de distribuição para o ano de 2008 (anexo 3) e para o ano de 2009 (anexo 4).

A partir desses quadros, elaborei a tabela de comparação da evolução dessas duas redes, conforme segue abaixo, com os devidos comentários:

Tabela 1 – Distribuição de municípios por região habilitados a desenvolver ações de práticas corporais/atividades físicas, segundo as portarias 79 de 2008 e 139 de 2009.

Portaria 79 – setembro 2008			Portaria 139 – agosto de 2009	
Regiões	Nº de Núcleos por munic. e região	Percentual	Nº de Núcleos por munic. e região	Percentual
Sul	56	21,5%	74	16,5%
Sudeste	99	37,8%	182	40,3%
Nordeste	80	30,5%	147	32,6%
Norte	09	3,4%	10	2,2%
Centro Oeste	18	6,8%	38	8,4
Total	262	100%	451	100%

Fonte: Portaria nº 79 de 23 de setembro de 2009 e Portaria nº 139 de 11 de agosto de 2009 – Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde

Observamos um crescimento total de 72% dos municípios que realizam ações de práticas corporais/atividades físicas de um ano para o outro, sendo que por região, observamos um maior crescimento na região centro oeste, de 112% passando de 18 municípios para 38, seguidos pelas regiões sudeste e nordeste que tiveram igual crescimento

de 84%, passando de 99 para 182 municípios e de 80 para 147 municípios que realizam práticas corporais/atividades físicas, respectivamente.

Em relação à estruturação da rede nacional de núcleos de prevenção de violência e promoção da saúde e de vigilância de violências e acidentes (VIVA), pudemos elaborar uma tabela semelhante;

Tabela 2 – Distribuição dos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), segundo as portarias 79 de setembro de 2008 e 139 de 2009.

Portaria 79 – setembro 2008			Portaria 139 – agosto de 2009	
Regiões	Nº de Núcleos por munic. e região	Percentual	Nº de Núcleos por munic. e região	Percentual
Sul	24	14,0%	35	14,8%
Sudeste	63	36,6%	79	33,5%
Nordeste	52	30,2%	83	35,2%
Norte	14	8,2%	17	7,2%
Centro Oeste	19	11,0%	22	9,3%
Total	172	100%	236	100%

Fonte: Portaria nº 79 de 23 de setembro de 2009 e Portaria nº 139 de 11 de agosto de 2009 – Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde

O crescimento total foi de cerca de 37%, sendo que pelas regiões observamos que a região nordeste foi a que mais cresceu, cerca de 60%, passando de 52 para 83 núcleos, superando inclusive a região sudeste em 2009 em relação a 2008, quando passa de 30,25 para 35,2% enquanto que a região sudeste passa de 36,6% para 33,5%.

Porém, além do reconhecimento da expansão dessas redes, conforme apontado acima é necessário uma melhor definição de quais os objetivos e o que o MS espera com o desenvolvimento das mesmas. Isso pode ser percebido nos editais que criaram e incentivaram a propagação dessa rede.

Em relação à rede de práticas corporais/atividades físicas, os seus objetivos são promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e risco à saúde relacionado a seus determinantes e condicionantes. Sendo que os resultados esperados são os seguintes:

trabalhadores e gestores do SUS sensibilizados quanto à importância das estratégias de promoção da saúde e prevenção e controle dos fatores de riscos para doenças crônicas não transmissíveis; discussão da determinação social do processo saúde adoecimento, fortalecida; gestores de políticas públicas de outros setores sensibilizados quanto à necessidade de sinergia dos esforços empreendidos na melhoria da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade em saúde; debate acerca da PNPS ampliado; ação específica da PNPS quanto às práticas corporais/atividades físicas, implementadas e/ou fortalecidas; população sensibilizada e/ou mobilizada quanto à importância da redução do sedentarismo na população em geral e/ou grupos específicos (escolares e outros); e fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis vinculados ao sedentarismo, reduzidos para a população integrada ao projeto (MS-SVS – Edital nº 2 – setembro de 2006).

Em relação à rede de prevenção das violências e promoção da saúde, seus objetivos são reduzir a morbimortalidade por causas externas, e fortalecer as ações intersetoriais de prevenção das violências e promoção da saúde, estimulando a cultura da paz e qualidade de vida, em âmbito nacional. Tendo os seguintes resultados esperados; ampliação e fortalecimento da rede; núcleos de prevenção das violências e promoção da saúde, implantados e/ou implementados; sistema de informação de acidentes e violências em serviços sentinelas –(VIVA) implantado e /ou estruturado; equipes de vigilância epidemiológica de causas externas (acidentes e violências) capacitadas; fatores de riscos e fatores protetores associados às violências e acidentes, com ênfase especial no abuso de álcool, monitorados e divulgados; população em situação de risco de acidentes e violências mobilizadas ou sensibilizadas; ações educativas sobre prevenção das violências e promoção da saúde disseminadas; ações intersetoriais articuladas e implementadas; e morbimortalidade por acidentes e violências e causas externas, monitoradas e reduzidas, a médio e longo prazo. (MS – SVS- Edital nº3 – setembro de 2006).

Essas descrições mais pormenorizadas, em relação aos objetivos e resultados esperados das redes em tela, se fazem necessárias para podermos analisar, comparativamente com o texto, estratégias e ações apontadas na PNPS.

Observamos que na rede de práticas corporais/atividades físicas, seu objetivo aponta para o reconhecimento dos determinantes e condicionantes da saúde. Esse objetivo, aliado aos resultados esperados de uma maior discussão sobre a determinação social no processo de saúde e adoecimento, a articulação com outros gestores de políticas públicas no sentido de melhor qualidade de vida da população e a ampliação acerca do debate da PNPS, podem estar

sugerindo uma confluência com um papel mais amplo apontado para a PNPS em seu texto fundante.

Neste texto, por exemplo, a promoção da saúde é encarada como uma estratégia transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que ameaçam a saúde da população e as diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade e defendam radicalmente a equidade, incorporando a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (MS, 2006, p.9).

De outro modo, as ações específicas quanto às práticas corporais/atividades físicas, têm como resultados esperados uma mobilização da população em geral, ou grupos específicos em relação à redução do sedentarismo e, portanto, uma diminuição dos fatores de riscos para as doenças crônicas não transmissíveis. Essas parecem apontar para uma responsabilização dos indivíduos em relação à adoção de hábitos saudáveis e também para um foco na prevenção de doenças.

Essa diferenciação entre ações mais de cunho individual, como a incorporação de hábitos saudáveis, no caso o combate ao sedentarismo, e outras coletivas, como a ampliação da discussão sobre a PNPS e com o enfoque na determinação do processo de saúde e adoecimento, pode se aproximar das correntes da Promoção da Saúde Moderna e a corrente da Nova Promoção da Saúde (Carvalho, 2005).

Essas correntes também trazem uma distinção entre outro conceito importante da promoção da saúde, que é o empoderamento, aqui percebido como o individual, ligado à primeira corrente citada acima, e o comunitário, ligada a corrente seguinte.

Aqui estaria a base de espera de uma resposta num nível mais individual em relação às práticas corporais/atividade física, como o esforço para romper o sedentarismo, e ao mesmo tempo, uma possível ação coletiva (empoderamento) a partir da identificação da necessidade de o Estado investir mais em infra-estrutura para o incentivo a prática de exercícios físicos, como a disponibilização de equipamentos urbanos adequados (praças, escolas, ambientes coletivos) dispendo de equipamentos e pessoal técnico adequado (professores de educação física, agentes de saúde, recreadores, etc).

A rede de prevenção das violências e promoção da saúde, por seu lado, apresenta um aspecto mais de organizador de serviços para atendimento desse agravo à saúde, a violência, mas apontando para a necessidade de estruturação desses núcleos de forma que eles possam agir sobre esse agravo na sua identificação, notificação e atendimento, inclusive com a capacitação das equipes de saúde para tal. As ações mais coletivas restringem-se a

disseminação de ações educativas em relação à violência e promoção da saúde, bem como uma inespecífica sensibilização e mobilização da população exposta. Não é apontado claramente, o que significa sensibilizar e mobilizar essa população mais exposta em relação à violência e promoção da saúde.

Dessa forma, também parece que nessa rede, existe uma maior aproximação com a corrente da Promoção da Saúde Moderna, com o respectivo empoderamento individual, para que essa população possa estar mais atenta a violência, mas sem apontar processos de discussões e ações coletivas sobre esses problemas, que fogem e muito da esfera individual.

Certamente, seria necessário, um processo de avaliação dessas redes de forma abrangente que pudessem dar maiores subsídios de que ações são efetivamente realizadas nessas redes, o que permitiria uma melhor compreensão sobre a forma e a que concepção de promoção da saúde, com base nas quais elas estão se estruturando.

Porém, a análise desses documentos permite identificar as questões apontadas, através mediante o levantamento das possíveis relações entre as concepções de promoção da saúde e o texto da PNPS, observando-se, ainda, uma das principais ações efetivamente financiadas a partir dessa política.

Após o estudo do texto da PNPS, dos elementos de sua implantação e de sua expansão que vem ocorrendo, é possível fazer uma maior relação com as mediações apontadas no primeiro capítulo. Neste sentido, neste momento do trabalho retornarmos a esses elementos iniciais para uma melhor análise da PNPS.

Se entendermos que o texto da PNPS trabalha com um conceito ampliado de saúde, observando o peso dos determinantes sociais no processo de saúde e de adoecimento, e que supera o enfoque centrado apenas na doença, deveríamos observar com maior frequência nas ações dessa política, abordagens que apontem para ações coletivas, que possam permitir uma discussão e a mobilização sobre esses determinantes.

Outra diferenciação importante que se deve fazer é em relação à prevenção das doenças e à promoção da saúde, pois elas podem parecer semelhantes, mas guardam distinções que devem ser entendidas, conforme apontado:

“Um critério essencial para verificar se uma ação, mesmo que tradicionalmente do campo da prevenção secundária, como por exemplo, o controle de fatores de risco de diabetes tipo II, também está promovendo saúde, é identificar se contempla também processos de formação e empoderamento individual e coletivo dos indivíduos e grupos envolvidos. A impossibilidade de participação nos processos de tomadas de decisão ou a não-inclusão de ações motivadoras do empoderamento coletivo nos programas de prevenção, impedem que essas ações sejam classificadas dentro da rubrica da promoção da saúde” (Westphal, 2008, p.657).

Essa questão será retomada na conclusão para demarcar essa confusão, não de termos, mas de objetivos diferentes das ações de promoção e prevenção, já observados, nos documentos oficiais, como o Programa Mais Saúde, no qual aponta que em seu eixo 1 – de promoção da saúde, não estariam contempladas ações de prevenção de doenças. Não obstante, quando ocorre à comparação das ações que efetivamente estão apontadas nesse programa em relação à promoção da saúde, observamos que várias delas são, na realidade, ações de prevenção de doenças.

Certamente, o direito constitucional sobre a saúde, entendida dessa forma ampliada, demanda um conjunto de ações do Estado e da sociedade na sua garantia e ampliação. Neste sentido, os espaços de participação e controle social apontados no SUS, deveriam ser ressaltados e incentivados nas diferentes políticas de saúde implantadas, especialmente na PNPS.

Esse reconhecimento de direitos, mas ao mesmo tempo a dificuldade para efetivamente exercê-los, é considerado um avanço, mas também limite da Reforma Sanitária Brasileira e do próprio SUS, havendo uma necessidade constante de politização das questões da saúde e aumento da consciência sanitária da população, conforme anota Paim, em seu estudo sobre a reforma sanitária brasileira:

A visão de saúde da população como resultante das formas de organização social da produção, tal como concebia a teoria da determinação social do processo saúde/doença elaborada pela medicina social e saúde coletiva, foi assimilada pelo arcabouço legal no Brasil. Não tem sido, contudo, objeto de lutas populares cotidianas, nem valorizada pela sociedade e Estado para o desenvolvimento da consciência sanitária, nem reconhecida como indutora de luta política. (Paim, 2008, p. 306)

Uma das críticas mais importantes que se coloca para a Reforma Sanitária Brasileira foi a sua pouca capacidade de mobilização e articulação com a sociedade civil, no sentido de fazer valer de fato, os direitos conquistados constitucionalmente, inclusive com a criação do SUS, exigindo não só a reflexão sobre, mas a possibilidade de proposições para reversão desse quadro, conforme sugere Rodrigues Neto:

O desafio que se coloca, portanto, para os técnicos e intelectuais do setor, militantes do movimento (da Reforma Sanitária Brasileira), é o de, simultaneamente com o apoio ao reforço e desenvolvimento técnico das propostas organizativas derivadas da aprovação da estratégia do Sistema Único de Saúde, articularem-se com o movimento popular e sindical e com os partidos políticos voltados para as causas populares, na conquista dos efetivos meios de exercício do controle social sobre as instituições e as ações governamentais que interferiram na possibilidade do gozo da saúde. (Rodrigues Neto, 2003, p.127).

Enquanto essa articulação com a sociedade civil não ocorre, adquirem proeminência na defesa do SUS os chamados gestores da saúde, representados por CONASS e CONASEMS. Todavia, conforme frisa Paim, no povo em geral e até mesmo entre os trabalhadores de saúde, nem a Reforma Sanitária nem o SUS parecem ser considerados conquistas que valham a pena lutar, seja para preservar ou para avançar. (Paim, 2008, p.131).

Chamo a atenção para os aspectos relativos à necessidade de maior reconhecimento, apoio e participação da sociedade e dos profissionais de saúde no SUS. Por isso, políticas como a PNPS, que trazem uma visão ampliada da saúde e o reconhecimento do direito à mesma, por parte do cidadão, necessitam ter um maior espaço de ações coletivas que apontem para o fortalecimento de uma consciência sanitária da sociedade e dos profissionais de saúde.

A limitação das ações a aspectos individuais e de comportamentos e estilos de vida, não possibilitam o incentivo necessário nessa esfera coletiva de participação. Não se quer negar a necessidade dos indivíduos de terem responsabilidades em suas escolhas e estilos de vida; porém, a afirmação do direito à saúde, com a responsabilização do Estado para fazer face ao mesmo, necessita desse reforço de atuação da sociedade e não apenas das ações isoladas dos indivíduos.

Nesse sentido, a indagação inicial dessa pesquisa - A PNPS, potência de transformação ou política secundária? busca chamar a atenção para a necessidade de congregar esforços em sentidos diferentes, no campo individual, na medida em que as escolhas dos estilos de vida tem, certamente, impactos na condição geral da saúde, mas também na esfera coletiva. É necessário resgatar o ideário da Reforma Sanitária Brasileira, que encara a saúde como democracia, como espaço de reivindicação e lutas para o pleno exercício de direito de cidadania, a partir da efetivação de um Estado democrático, que zele pelos direitos de seus cidadãos de forma universal.

Considerações Finais

O processo de investigação sobre a PNPS possibilitou conhecer essa política de forma mais detalhada, trazendo novos elementos ainda não explicitados.

Do ponto de vista da gestão do SUS, pode-se avançar em relação à possibilidade de financiamento das ações de promoção da saúde, não apenas pela política em si, mas também por alterações no modelo de gestão com a adoção dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Esses instrumentos de gestão permitem uma nova forma de financiamento das ações de saúde, pautadas por pactuações e busca de metas e indicadores relativos aos blocos de financiamento para custeio, como a atenção básica, atenção da média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS.

No que concerne ao texto da PNPS, faço um destaque em relação a vários aspectos positivos que este texto apresenta tais como o reconhecimento de um conceito ampliado de saúde, relacionando a saúde a determinantes, não só relativos a aspectos individuais, mas reconhecendo o peso da determinação social sobre a qualidade de vida das pessoas e sua conseqüente saúde. O texto também reconhece o direito à saúde da população, inclusive com a necessidade de um aprimoramento da participação da sociedade civil no controle social sobre o SUS e da responsabilidade que o Estado brasileiro tem na garantia do direito a saúde de seus cidadãos.

Porém, entre a formulação do texto em si, sobre o qual reafirmo a sua construção avançada, e a proposição das ações priorizadas para o biênio 2006-2007, observamos que estas ganham um foco mais nas ações individuais do que nas coletivas. A segunda perspectiva poderia estar direcionando a política para o entendimento da saúde de forma ampliada, bem como para a compreensão do direito à saúde por parte dos cidadãos e do papel que o Estado deve exercer nesta direção.

Utilizando uma categoria advinda da promoção da saúde, o empoderamento, podemos observar que existe um estímulo ao empoderamento dito individual, no qual se reforça a consciência sobre a necessidade de adoção de estilos de vida e hábitos saudáveis, evitando com isso riscos e danos à saúde. Porém, não existe a preocupação com o empoderamento coletivo ou comunitário, em que haveria um reforço da ação coletiva e politizada sobre os determinantes do processo saúde-doença. Também não se mantiveram as formas de mobilização da sociedade no sentido da resolução dos problemas com a responsabilização necessária do Estado para com essa condição geral de qualidade de vida da população.

Outra questão central é a relação entre promoção da saúde e prevenção de doenças, pois embora a política seja de promoção da saúde, suas ações estão mais focadas na prevenção das doenças. Esse deslocamento de promoção para prevenção pode ser observado na própria reconfiguração do local onde a PNPS estava, inicialmente sendo gestada, que era na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde tendo sido transferida para a Coordenação Geral das Doenças e Agravos não transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde. Ou seja, uma política que nasceu com um recorte transversal, que buscava integrar diferentes áreas do Ministério da Saúde, restringe a participação de uma secretaria executiva, que poderia estar potencializando essa transversalidade, e se desloca para uma coordenação de doenças e agravos.

Não se quer, com isso, desmerecer a necessidade de se realizar ações preventivas e promocionais em relação a essas doenças, inclusive pela constatação da mudança do comportamento demográfico de nossa população, que está envelhecendo e com isso, carregando um peso importante em relação às doenças crônicas, que precisam, portanto, terem suas estratégias de enfrentamento aperfeiçoadas. Mas é necessário fazer essa distinção, pois até do ponto de vista do financiamento é necessário se ter maior clareza do que se está investindo em prevenção e promoção. Como exemplo, as ações previstas no eixo 1 – de promoção da saúde, do Programa Mais Saúde, em que pese afirmar textualmente que foram incluídos nesse eixo as ações especificamente voltadas à promoção, deixando-se aquelas vinculadas à prevenção, à assistência, à produção e à inovação para os campos específicos de intervenção (MS, 2008), em seu detalhamento das metas físicas e financeiras, percebem-se várias ações referentes ao campo da assistência à saúde da mulher.

Observamos, também, na implementação dessa política, uma centralidade no incentivo à constituição de duas grandes redes nacionais, a de práticas corporais/atividades físicas e aos núcleos de prevenção de violências e promoção da saúde. Porém existe uma necessidade de melhor avaliar o que essas redes estão produzindo em relação às ações de promoção da saúde, pois as formas de avaliação existentes, através de formulário específico e consulta via Vigitel para as ações de práticas corporais e de estudo previsto a ser desenvolvido no ano de 2009 e 2010, pela Fiocruz em relação aos núcleos de prevenção de violências e promoção da saúde, ainda não propiciaram elementos para essa avaliação mais criteriosa. Deve ser levada em conta também, nessa avaliação, a suficiência ou não, dos recursos financeiros repassados para essas redes aos municípios, que oscilam num valor de R\$ 40 mil a R\$ 50 mil ano, para cada município.

Incluimos nessas considerações finais, as possibilidades de desdobramentos dessa política, que possam contribuir para uma possível transformação da realidade, na direção de uma sociedade mais participativa e de um Estado mais justo.

Tais desdobramentos referem-se a futuras investigações, quanto a aspectos de gestão de ações de promoção da saúde.

Em relação às possíveis investigações, destacamos a possibilidade de estudo sobre a questão do empoderamento individual e coletivo ou comunitário, no sentido de se observar os seus limites e possibilidades, assim como a necessária articulação entre essas duas esferas na proposição da PNPS enquanto uma política potencializadora de mudanças, tanto na condição individual, como na realidade coletiva da sociedade.

Outra possível investigação refere-se à formação dos profissionais de saúde que precisam estar mais bem preparados para trabalhar essa dimensão da promoção da saúde em sua plena potencialidade e não apenas na redução ao enfoque preventivo. Mesmo nesse aspecto, é necessária uma melhor qualificação profissional para se trabalhar com as prioridades apontadas pela PNPS. Pela minha inserção profissional, dentro da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, unidade que trabalha na formação técnica para a área da saúde, vejo como de grande relevância a discussão e elaboração de uma disciplina de promoção da saúde, a ser implementada nas diferentes habilitações técnicas, pois esse deveria ser um conhecimento e práticas a serem incentivados nas unidades de saúde.

Do ponto de vista da gestão, observo a necessidade de uma maior investigação sobre as redes nacionais constituídas, procurando analisar de forma qualitativa o que esses núcleos na realidade realizam e quais as possibilidades de expansão de suas ações de promoção da saúde, que sejam compatíveis com a realidade local e se essas formas são as mais potencializadoras da PNPS, ou se haveriam estratégias mais descentralizadas para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde.

Concluimos, finalmente, que a PNPS possui uma potência de transformação, porém, ainda não exercida plenamente, dada as limitações que a ela foram impostas.

A principal limitação está na hegemonia neoliberal que tem orientado a relação Estado - sociedade civil. Foi esta questão, inclusive, que nos orientou toda a análise, buscando captar, na especificidade de nosso objeto, a contradição que aponto na introdução a este trabalho, qual seja a existência de um reconhecimento do direito à saúde, em sua concepção ampla, constitucionalmente, assim como a existência de um Sistema Único de Saúde, universal e com qualidade, num contexto de reforma de Estado a partir de uma visão neoliberal, que aponta para uma diminuição nos gastos públicos, e um incentivo a privatização na saúde.

Referências Bibliográficas:

BARROS, J. A. C Pensando o processo saúde doença: a quem responde o modelo biomédico? **Revista Saúde e Sociedade** v. 11, nº 1 – São Paulo, 2002.

BATISTELLA, Carlos Abordagens contemporâneas do conceito de saúde in FONSECA, Angélica Ferreira - **O território e o Processo Saúde Doença** - Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário – Rio de Janeiro; EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

BATISTELLA, Carlos Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica in **O território e o Processo Saúde Doença** – FONSECA, Angélica Ferreira - Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário – Rio de Janeiro; EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

BERTOLLI FILHO, C. - **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Editora Ática, 2008.

BOBBIO, N - **Teoria Geral da Política** – A filosofia política e as lições dos clássicos – Bovero, M (org) - – Rio de Janeiro: Editora. Elsevier /Campus, 2000 – 16 reimpressão.

BRASIL – Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986 – Brasília; Ministério da Saúde: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1987.

BRASIL – Município Saudável – novo conceito de gestão revoluciona a vida de comunidades, Projeto Promoção da Saúde; **Revista Promoção da Saúde** – Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas de Saúde – Ano 1/nº1 – ag/out 1999.

BRASIL – As Cartas de Promoção da Saúde Projeto Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde – Brasília, 2002.

BRASIL - A construção de vidas mais saudáveis – Projeto Promoção da Saúde – Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas – Reimpressão – Brasília, 2002.

BRASIL - Projeto de redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito – Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília, 2002.

BRASIL – O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios
Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Brasília, 2005.

BRASIL - Anais do Seminário Nacional de Vigilância em DANT – Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação da Saúde – Brasília, 2006.

BRASIL – I Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde – Documento Síntese – Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília- DF – 2006.

BRASIL – Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, 2006.

BRASIL- Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização – Brasília, 2006.

BRASIL – A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo – Falleiros *et all* – Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Brasília, 2006.

BRASIL – Mais Saúde: direito de todos: 2008-2011 – Ministério da Saúde/Secretaria Executiva – 2ª edição – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. - Projeto Multiplica SUS: (Re) Descobrimo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos vol. 1. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil, 2005.

BRASIL – Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro. Portaria 1.190, de 15 de julho de 2005. Institui Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria obtida pelo site <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1190_14_07_2005.html>

BRASIL – Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde. Edital nº 2, de 11 de setembro de 2006. Edital destinado a selecionar projetos de incentivo à vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis, com ênfase em ações relacionadas à Estratégia Global (práticas corporais e atividades físicas) em municípios, estado e distrito federal. Diário Oficial nº 178. Poder Executivo, Brasília. DF – 15/09/2006.

BRASIL – Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde. Edital nº 3, de 11 de setembro de 2006. Edital destinado a selecionar projetos de estruturação do núcleo de prevenção das violências e promoção da saúde, de estados, municípios e distrito federal. Diário Oficial, nº 179. Poder Executivo, Brasília, DF, 18q09/2006.

BRASIL – Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.409, de 15 de junho de 2007. Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria obtida pelo site <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1409_13_06_2007.html> acessado em junho de 2009.

BRASIL –Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 79, publicada em 24 de outubro de 2008. Estabelece mecanismos de repasse financeiro para incentivo à implementação e fortalecimento das ações específicas da PNPS com ênfase na integração das ações de vigilância, promoção e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis com a estratégia da Saúde da Família para o ano de 2008. Portaria obtida pelo site <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2008/prt0079_23_09_2008.html> acessado em junho de 2009.

BRASIL – Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 139, publicada em 13 de agosto de 2009. Estabelece mecanismo de repasse financeiro do fundo nacional de saúde aos fundos de saúde municipais, estaduais e do distrito federal, por meio do teto financeiro da vigilância em saúde, para ações específicas da PNPS com ênfase na integração com a estratégia da Saúde da Família. Portaria obtida pelo site

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt139_11_08_2009.html> acessado em setembro de 2009.

BRASIL – Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro. Portaria 687, publicada em 31 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria obtida pelo site http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto687_30_03_2006.html acessado em janeiro de 2009.

BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria de Vigilância em Saúde- Cadernos de Destaques Gestão da SVS 2007-2008 – Coordenação de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Documento obtido pelo site <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/destaques201108.pdf> acessado em junho de 2009.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde, in Czeresnia, Dina – **Promoção da Saúde** – conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CAMPOS, G.W. S Clínica e Saúde Coletiva Compartilhados: Teoria Paidéia e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde in Campos, G.W. S et all. **Tratado de Saúde Coletiva** – Editora Hucitec – SP e Editora Fiocruz – RJ, 2006.

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

CARVALHO, S.R Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de Promoção da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro 20(4): 1088-1095, jul-ago 2004.

COSTA, N.R. *Lutas urbanas e controle sanitário – origens das políticas de saúde no Brasil* – Rio de Janeiro- Petrópolis: Editora Vozes, 1985.

COUTINHO, C. N. O Estado Brasileiro: gênese, crise, alternativas. In: LIMA, Júlio César França (org). **Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 173-200, 2006.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre a prevenção e a promoção in CZERESNIA; FREITAS (org) **Promoção da Saúde** – conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.

DALARRI, S.G. – **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde** – São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

ESCOREL, S; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (org). **Saúde e Democracia** – História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, p.59-81, 2005.

FIORI, J.L **60 lições dos 90** – Uma década de neoliberalismo, 2ª edição – Rio de Janeiro: Editora Record, 2002.

FRIGOTTO, Gaudêncio O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In FAZENDA, Ivani (org.). **Metodologia da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 2006, PP 69-90.

GÓMEZ, J.M – **Política e Democracia em tempos de globalização** – Clacso; Laboratório de Políticas Públicas, Rio de Janeiro - Petrópolis – Editora Vozes, 2000

GUTIERREZ, P.R & OBERDICK, H – Concepções sobre a saúde e doença in ANDRADE, S.M. et all (org) **Bases da Saúde Coletiva** – Londrina: Editora. UEL, 2001.

HOCHMAN, G. - **A Era do Saneamento**. São Paulo: Editora Hucitec, 1998.

LEAVELL A.C; CLARK, E.G, – **Medicina Preventiva**. – São Paulo: Editora. McGraw-Hill, 1976.

ROUQUAYROL, M.Z, 2003 – **Epidemiologia e Saúde** – 6ª Edição – Rio de Janeiro- Editora. Medsi, 2003

LIMA, N.T.; FONSECA, C. M. O; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional brasileiro: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In: LIMA, Nísia (org). **Saúde e Democracia** – História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 27-58, 2005.

LIMA, N.T; HOCHMAN, G. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: O Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor, SANTOS, Ricardo (Orgs.). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz. p 252, 1996.

MALTA, D.C *et all* – A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde in Brasil, 2006 - **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde** – Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Volume 15, nº3, p 47-65 julho/setembro de 2006 – Brasília, 2006.

MALTA, D. C *et all* - Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006 in Brasil, 2009 -**Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde** – Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Volume 18, nº1, p. 7 - 16 – janeiro/março de 2009 – Brasília, 2009

MARÉS, C. F – Soberania do povo, poder do Estado in NOVAES, A (organizador) **A crise do Estado-nação**. Editora Civilização Brasileira. Rio de Janeiro – RJ, 2003.

MENDES, R – **Cidades saudáveis no Brasil e os processos participativos: os casos de Jundiá e Maceió** – Tese de Doutorado apresentado ao Departamento de Práticas de Saúde Pública – Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo – trabalho obtido pelo site: <www.cidadessaudaveis.org.br>, acessado em 25 de março de 2009.

MINISTERIO DA SAÚDE - Fiocruz. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil – Comissão Nacional sobre determinantes sociais em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

OLIVEIRA J. A. & TEIXEIRA, S. M. F. - **(Im) Previdência Social** – 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis – Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1986.

OPAS/OMS – **Guia dos Prefeitos para promover qualidade de vida** – Divisão de Promoção e Proteção da Saúde – Organização Pan-Americana de Saúde – Organização Mundial de Saúde – obtido pelo site <www.cidadessaudaveis.org.br,> acessado em 23 de março de 2009.

PAIM, J. S. (a). **A Reforma Sanitária Brasileira. Contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S. (b) Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, Gustavo Corrêa (org). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 91-122, 2008.

PAULANI, L. M O projeto neoliberal para a sociedade brasileira: sua dinâmica e seus impasses in NEVAS, L.M.W e LIMA, J. C.F (org) **Fundamentos da educação escolar no Brasil Contemporâneo** – Rio de Janeiro – Editora Fiocruz, 2006.

Relatório VIII Conferência Nacional de Saúde extraído do site:< www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados> acessado em maio de 2009.

RODRIGUES NETO, E. - **Saúde - Promessas e Limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SADER, E. A refundação do Estado e da política in NOVAES, A (organizador) – **A crise do Estado-nação**. Editora Civilização Brasileira. Rio de Janeiro – RJ, 2003

SADER, E. – **Perspectivas** – Coleção: Os porquês da desordem mundial – mestres explicam a globalização. Editora Record – Rio de Janeiro, RJ – 2005

SADER, E O público, o estatal e o privado in HEIMANN, L.S; IBANHEZ, L.C; BARBOSA, R (org) – **O público e o privado na saúde**. São Paulo. Editora Hucitec, 2005.

SANTOS, L. A. C. O pensamento sanitarista na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. in **Dados - Revista de Ciências Sociais**, v.28, n.2, p. 193-210, 1985.

SCLIAR, M História do conceito de saúde in **Revista Physis: Revista Saúde Coletiva**, 17(1): 29-41. Rio de Janeiro, 2007.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde** – o debate no campo da Saúde Coletiva – São Paulo; Editora Hucitec, 1998.

SOARES, L.T. O público e o privado na análise da questão social brasileira in HEIMANN, L (org) – **O público e o privado na saúde**. Editora Hucitec, São Paulo – 2005

SOARES, L.T.R – **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina** – Editora Vozes – Petrópolis – Rio de Janeiro – 2001

SOARES, L.T.R – **O desastre social** – Coleção; Os porquês da desordem mundial – mestres explicam a globalização. Editora Record – Rio de Janeiro, RJ – 2003

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde in TEIXEIRA, Carmem Fontes (org)- **Promoção e Vigilância da Saúde – Instituto de Saúde Coletiva** – Salvador – Bahia – 2002.

WESTPHAL, M. F Promoção da saúde e prevenção de doenças in CAMPOS, G.W.S *et all* (org.) **Tratado de Saúde Coletiva** – São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006

ANEXOS

ANEXO A - Quadro síntese de alguns editais e portarias referentes à promoção da saúde:

Editais/Portaria	Objeto
Portaria nº 737 – 16/maio/01 GM	Aprovar a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência;
Portaria nº 936 – 18/mar/04 GM	Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e municípios.
Portaria 1.172 GM 15/jun/2004	Regulamenta a NOB 01/96 no que se refere às competências da União, Estados e municípios – na área de vigilância em saúde, define a sistemática de financiamento.
Portaria nº 1.190 – 14/jul/05 GM	Institui Comitê Gestor da PNPS.
Portaria 2.608 GM 28/dez/2005	Define recursos financeiros do FFVS para incentivar a estruturação de ações de vigilância e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis por parte das SESs e SMSs das capitais.
Portaria nº 1.356 – 23/jun/06 GM	Institui incentivos para Estados e municípios e DF para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinelas – Incentivo financeiro para realização de Pesquisa de Acidente e Violência em Serviços Sentinelas.
Portaria nº 687 – 30/set/06 GM	Aprovar a PNPS
Edital nº3 – 11/set/2006 SVS	Selecionar projetos de estruturação dos Núcleos de prevenção das violências e promoção da saúde em conformidade com a PNPS; 50 mil reais/projeto. Total – 2 milhões e 500 mil reais
Edital nº 2 – 11/set/2006 SVS	Implantação e/ou fortalecimento de projetos vinculados ao estímulo de vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis, com ênfase em ações relacionadas a Estratégia Global referentes às práticas corporais e atividade física – conforme ações específicas na PNPS; 40 mil reais/projeto (115 proj). Total – 4 milhões e 600 mil reais.
Edital nº 1 - 14/set/07 SVS	Seleção de 100 projetos de incentivo à Vigilância e Prevenção de Violências e acidentes, promoção da saúde e cultura da paz, com ênfase na estruturação de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde nas unidades federadas; 50 mil reais/projeto. Total 5 milhões reais.
Edital nº 2 – 14/set/07 SVS	Seleção de 200 projetos de incentivo à Vigilância e Prevenção das Doenças e Agravos Transmissíveis, com ênfase em ações relacionadas as Práticas Corporais e Atividades Físicas em municípios, Estados e DF; 40 mil/projeto. Total 8 milhões de reais.
Portaria nº 64 – 30/maio/08 SVS	Estabelece a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) como instrumento de planejamento para definição das ações de vigilância em saúde que serão operacionalizadas pelas 3 esferas de gestão.

Portaria nº 79 – 23/set/08 SVS	Estabelece mecanismos de repasse financeiro para incentivo à implementação e fortalecimento das ações específicas da PNPS, com ênfase na integração das ações de Vigilância, promoção e prevenção das Doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Estratégia da Saúde da Família - 2008
Portaria nº 3.095 – 23/dez/08 MS-GM	Estabelece incentivo financeiro do FNS aos FMS de SP, Goiania, Curitiba, Recife e Belo Horizonte para continuidade e sustentabilidade do Projeto de Redução de Morbomortalidade por Acidentes de Transito – Mobilizando a Sociedade e Promovendo á Saúde; 250 mil reais/município. Total 1 milhão e 250 mil reais.
Portaria nº 3.096 – 23/dez/08 MS-GM	Estabelece incentivo financeiro do FNS aos FMS de Florianópolis, Salvador, Teresina e Fortaleza para continuidade e sustentabilidade do Projeto de Redução de Morbomortalidade por Acidentes de Transito – Mobilizando a Sociedade e Promovendo á Saúde; 250 mil reais/município. Total 1 milhão de reais.
Portaria nº 3.097 – 23/dez/08 MS-GM	Estabelece incentivo financeiro do FNS aos FMS de Boa Vista e porto Velho para continuidade e sustentabilidade do Projeto de Redução de Morbomortalidade por Acidentes de Transito – Mobilizando a Sociedade e Promovendo á Saúde; 250 mil reais/município. Total 500 mil reais.
Portaria nº 2.981 – 09/12/08 MS-GM	Autoriza repasses financeiros FNS para FES e FMS – valor global R\$ 27 milhões de reais, cerca de 52 mil reais/projeto propostas de ações portaria nº 79 Incentivo à Implementação e fortalecimento das ações específicas da PNPS, com ênfase na integração das ações de vigilância, promoção e prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com articulação com Estratégia Saúde da Família.
Portaria nº 139 – 11/08/09 SVS	Estabelece mecanismo de repasse financeiro do FNS aos Fundos municipais, estaduais e do DF – por meio do Teto Financeiro da Vigilância em Saúde, para ações específicas da PNPS, com ênfase na integração das ações de Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis com a Estratégia da Saúde da Família. Total investimento – 34 milhões de reais para o ano de 2009, sendo 40 mil/reais por projeto. Os recursos destinam-se a projetos que visem à implantação, implementação, fortalecimento e/ou continuidade de iniciativas vinculadas à Vigilância de doenças e agravos não transmissíveis relativas às sete ações específicas da PNPS.
Portaria nº 1409 – 15/06/2007 MS-GM	Institui o Comitê Gestor da PNPS.

ANEXO B**Quadro de Municípios que Compõem a Rede Nacional de Promoção das Práticas Corporais e Atividades Físicas – Portaria 79 de Setembro de 2008:**

Estados/Região	Número de Municípios
Rio Grande do Sul	18
Santa Catarina	17
Paraná	21
REGIÃO SUL	56
São Paulo	74
Rio de Janeiro	04
Espírito Santo	07
Minas Gerais	14
REGIÃO SUDESTE	99
Bahia	22
Sergipe	12
Alagoas	06
Pernambuco	05
Paraíba	03
Rio Grande do Norte	06
Ceará	10
Piauí	01
Maranhão	15
REGIÃO NORDESTE	80
Tocantins	03
Pará	01
Amapá	01
Roraima	02
Amazonas	02
REGIÃO NORTE	09
Goiás	12
Mato Grosso do Sul	06
REGIÃO CENTRO OESTE	18
TOTAL GERAL	262

ANEXO C**Quadro de Municípios que Compõem a Rede Nacional de Promoção das Práticas Corporais e Atividades Físicas - Portaria 139 agosto 2009:**

Estados/Região	Número de Municípios
Rio Grande do Sul	25
Santa Catarina	18
Paraná	31
REGIÃO SUL	74
São Paulo	99
Rio de Janeiro	18
Espírito Santo	08
Minas Gerais	57
REGIÃO SUDESTE	182
Bahia	33
Sergipe	18
Alagoas	20
Pernambuco	08
Paraíba	05
Rio Grande do Norte	18
Ceará	14
Piauí	02
Maranhão	29
REGIÃO NORDESTE	147
Tocantins	03
Pará	01
Amapá	01
Amazonas	01
Acre	01
Rondônia	02
REGIÃO NORTE	10
Goiás	20
Mato Grosso do Sul	08
Mato Grosso	10
Distrito Federal	0
REGIÃO CENTRO OESTE	38
TOTAL GERAL	451

ANEXO D**Quadro de Municípios que Compõem a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e Rede Nacional de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) segundo Portaria 79 setembro de 2008:**

Estados/Região	Número de Municípios
Rio Grande do Sul	08
Santa Catarina	10
Paraná	06
REGIÃO SUL	24
São Paulo	43
Rio de Janeiro	06
Espírito Santo	04
Minas Gerais	10
REGIÃO SUDESTE	63
Bahia	10
Sergipe	01
Alagoas	08
Pernambuco	07
Paraíba	02
Rio Grande do Norte	01
Ceará	08
Piauí	02
Maranhão	13
REGIÃO NORDESTE	52
Tocantins	04
Pará	03
Amapá	02
Roraima	01
Amazonas	01
Acre	01
Rondônia	02
REGIÃO NORTE	14
Goiás	08
Mato Grosso do Sul	05
Mato Grosso	06
REGIÃO CENTRO OESTE	19
TOTAL GERAL	170

ANEXO E

Quadro de Municípios que Compõem a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e Rede Nacional de Vigilância de Violência e Acidentes(VIVA) segundo Portaria 139 agosto de 2009:

Estados/Região	Número de Municípios
Rio Grande do Sul	14
Santa Catarina	12
Paraná	09
REGIÃO SUL	35
São Paulo	49
Rio de Janeiro	07
Espírito Santo	07
Minas Gerais	16
REGIÃO SUDESTE	79
Bahia	11
Sergipe	01
Alagoas	16
Pernambuco	09
Paraíba	02
Rio Grande do Norte	06
Ceará	09
Piauí	04
Maranhão	25
REGIÃO NORDESTE	83
Tocantins	05
Pará	03
Amapá	02
Roraima	02
Amazonas	01
Acre	02
Rondônia	02
REGIÃO NORTE	17
Goiás	12
Mato Grosso do Sul	06
Mato Grosso	03
Distrito Federal	01
REGIÃO CENTRO OESTE	22
TOTAL GERAL	236

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)